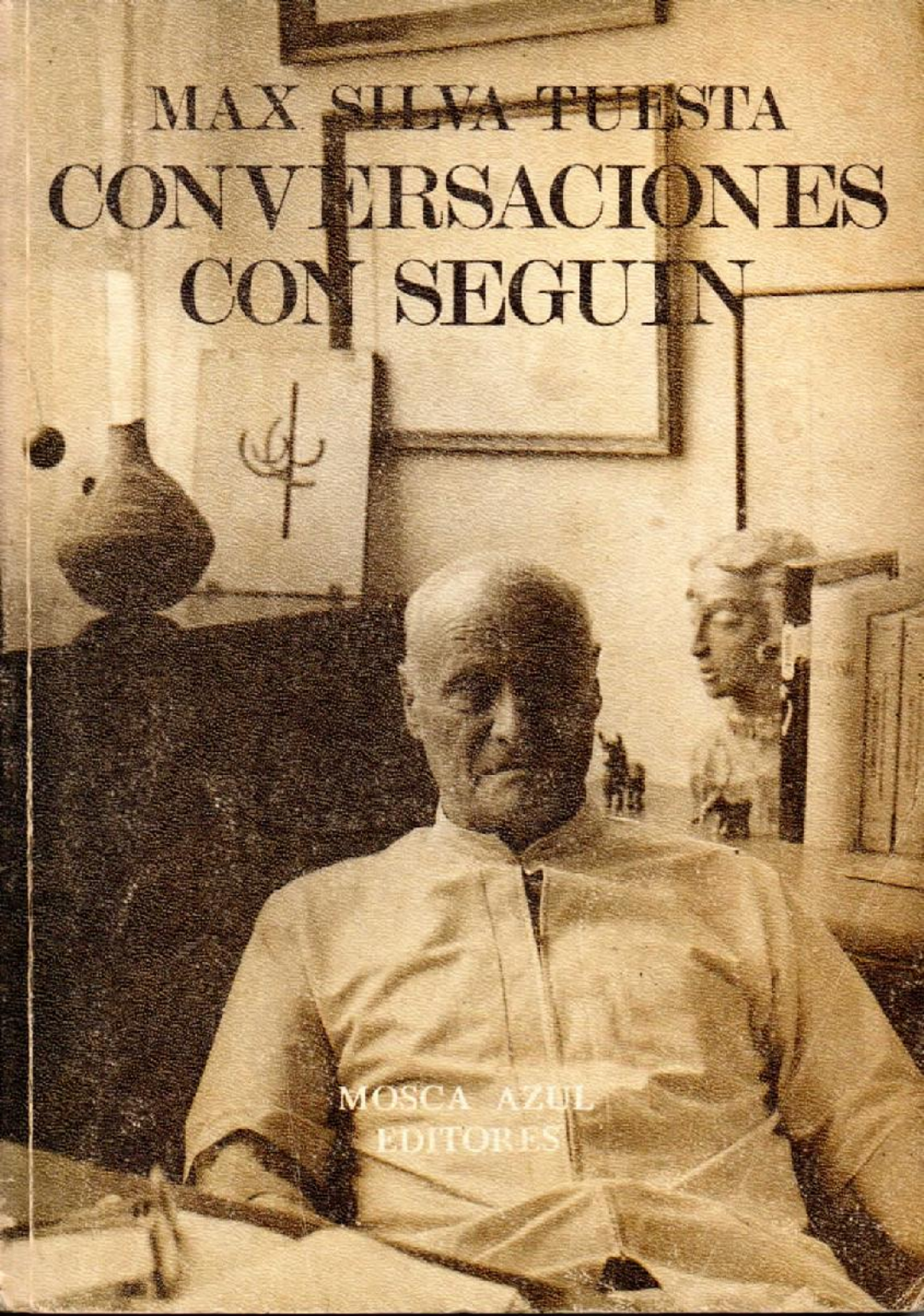
MAX SILVA TUESTA

CONVERSACIONES CON SEGUIN



MOSCA AZUL
EDITORES

CONVERSACIONES
CON
SEGUIN

mosca azul editores

Max Silva Tuesta

CONVERSACIONES CON SEGUIN

mosca azul editores

PRIMERA EDICION: 2,000 EJEMPLARES
LIMA, 1979

©
MOSCA AZUL EDITORES SRL
LA PAZ 651, LIMA 18
TELF. 470655

índice

Introducción 11
De la intimidad y sus elevados muros 23
La vida (I) 28
La vida (II) 38
El Eros psicoterapéutico 49
Filiación del Eros psicoterapéutico 60
A cada cual, lo suyo 72
El Hospital Obrero 91
Grabbing syndrom 102
Objetos voladores identificables 114
Honorio Delgado y el psicoanálisis 124
La Cátedra de Psiquiatría 139
Universidad, autoridad y política 153
La antipsiquiatría 172
Edipo en la Ciudad de los Reyes 187
Colofón 201

Indice

Introducción 11

De la intimidad y sus elevados muros 21

La vida (I) 25

La vida (II) 35

El Eros psicoterapéutico 49

Función del Eros psicoterapéutico 60

A cada cual, lo suyo 73

El Hospital Obrero 91

Grabbing syndrom 102

Objetos voladores identificables 114

Honorio Delgado y el psicoanálisis 124

La Cátedra de Psiquiatría 139

Universidad, autoridad y política 153

La antipsiquiatría 172

Edipo en la Ciudad de los Reyes 187

Colofón 201

Nosotros, sus discípulos, hemos aprendido de Freud que todas las celebraciones modernas son tributos ofrecidos con ánimo exaltado y que expresan solamente uno de los dos aspectos de un impulso emocional. No siempre ha sido así; hubo una época en que no se disimulaba siquiera la actitud hostil hacia el hombre que había sido elevado a un trono. Fue Freud quien nos enseñó que la figura más altamente honrada es contemplada aún hoy, así sea sólo en forma inconsciente, con odio a la vez que con amor.

SANDOR FERENCZI

introducción

1. Cuando algunos amigos, colegas y discípulos de Carlos Alberto Seguin me propusieron para organizar la publicación de un libro de homenaje en ocasión de su septuagésimo aniversario, prontamente percibí cierta aprensión, sobre todo al recordar que, en celebraciones similares, menudean el elogio acascarado, el ensalzamiento rozagante y el *divismo* más vitando. Seguin, además, ya ha sido objeto de esas ceremonias en las que reina, con bombástico desembozo, el espíritu platillero. ¿Para qué echar —me dije— más leña al fuego sacralizante? Fue entonces cuando vislumbré la única manera de celebrar al maestro peruano sin caer en los vicios señalados: conversando con él.

La conversación mantiene siempre abierta la posibilidad de encarar, de confrontar, de discutir. Sin esos recursos de la discrepancia toda valoración ajena produce, cuando no un pergeño aburridor y prescindible, un disimulado modo de atentar contra la verdad; con ello, en cambio, se satisface esa necesidad de cotejo dialéctico en el que se equiparan juicios y puntos de vista propios y extraños para ver las cosas y los hechos con más claridad y substancia. Y eso es lo que propuse a Seguin: un diálogo extenso, intenso y, cada vez que fuese necesario, de poder a poder. Como en tantas actitudes, también en ésta, de altivez académica, me considero muy discípulo suyo, pues de él es este precepto: "por sobre el respeto a la autoridad y la admiración al talento —dice Seguin—, debemos tener la capaci-

dad de reaccionar ante afirmaciones discutibles y de ponderar contradicciones flagrantes". ¿Y qué no será discutible y quién no tendrá contradicciones más o menos flagrantes en una época como ésta en que todo hay que programarlo de nuevo, aun las computadoras de los dioses más confiables?

2. Lo que hasta la fecha se ha dicho sobre Seguin tiene que ver exclusivamente con una sola de sus facetas, quién sabe la menos importante, la de *recordman:* que fue el introductor de la medicina psicosomática en el Perú; que aquí organizó el primer Servicio de Psiquiatría en un Hospital General; que fue el gestor y el guía de una escuela psiquiátrica; que su prestigio de maestro fue tal que muchos son los colegas extranjeros que llegaron a él en busca de formación profesional; que fue el *pionero* de la dinámica y la psicoterapia de grupo; que inició un movimiento, que ahora se va haciendo alud, para valorar la medicina folklórica; que escribió centenas y centenas de trabajos; que recibió el Premio Nacional de Cultura "Hipólito Unanue" por su *Introducción a la medicina psicosomática;* que fue honrado con Medalla de Oro de la Municipalidad de Lima por su *Lope de Aguirre, el rebelde;* que obtuvo el "Premio a la mejor obra teatral del año" por su *Encrucijada;* que es el único médico peruano que figura como uno de los autores de la monumental *Historia Universal de la Medicina;* que su libro *Amor y psicoterapia,* rompiendo la barrera del inglés y el alemán, fue traducido al griego; que fue fundador aquí y fundador allá, presidente de esto y presidente de lo otro. No sé qué otros títulos figuran en su haber, ni qué otros premios y distinciones.

Todo eso se sabe de Seguin. Pero, ¿eso *es* Seguin? Como se ve, el famoso *curriculum vitae* de los hombres famosos, incluso diciendo la enormidad de cosas que dice, muy poco o casi nada es lo que revela del hombre esencial: el único que verdaderamente interesa a quienes anhelan conocer qué hay, qué palpita, quién vive pellejo adentro.

3. En estas conversaciones salen a relucir, creo yo, los rasgos más característicos de Seguin, menos uno, por razones obvias: su maestría en la enseñanza.

En la tarea de supervisar aprendices de psicoterapeutas, por ejemplo, para bajar al terapeuta en ciernes del ilustre escaño profesional al plano afectivo, extracientífico, que es el plano realmente humano, Seguin suele preguntar: "¿Qué siente usted por su paciente?" Y así marcha la supervisión, entre pregunta y pregunta desingenuizadora —todas las preguntas centradas en qué se siente en los momentos decisivos de la entrevista psicoterapéutica,— hasta que uno aprende que si las cosas no marchan bien con el paciente (o con el supervisor) es porque no se ha comenzado por ahí: por ahondar en uno mismo, por esa (ín)tima (in)luminación, por esa búsqueda de los sentimientos básicos, los afectos primordiales, las emociones genuinas que pueblan cada relación humana significativa. En conclusión, a diferencia de otros maestros que practican con sus discípulos el célebre lavado cerebral, Seguin practica con los suyos un lavado de corazón.

Por lo demás, la claridad proverbial de Seguin pone en orden más de un embotellamiento en el tráfico infernal que bulle en muchas de las arterias principales de la *Inconscientología*. De ahí que los que se graduaron a su lado identifican con cierta facilidad, para decirlo de algún modo, instintos achorados. Sin esta pericia profesional, muy poco es lo que se puede hacer por los pacientes que sufren con los conflictos intestinos a cuestas. Si no que lo digan quienes apagan íntimos incendios con drogas y electrochoque. Seguin es el maestro que ha comenzado a enseñar en el Perú —no de mentirijillas, sino de verdad— que esos apagamientos se convierten en estables sólo a través de un recurso, recurso quién sabe con menos aparatosidad que el electrochoque y las drogas, pero con más pegada, ¡sí, señor!, y pegada definitiva: la psicoterapia profunda.

Si a su capacidad didáctica para facilitar el reconocimiento de todas las bocas del "Ello" y todas las puertas de escape del "Yo" y todas las instalaciones sanitarias del "Super-ego", si a esto agregamos el nomadismo de su curiosidad intelectual, tenemos que Seguin es un maestro pura sangre. ¿Cómo se explica, entonces, que haya ocupado "oficialmente" un puesto rector en la enseñanza médica durante apenas siete escasos años? Sola-

mente conociendo la dinámica de nuestras instituciones se comprenderá, en alguna medida, que así sea; que esté vacante el puesto de este maestro pura sangre.

4. Además de su significado común, frío y objetivo, el término *generación* tiene cierto "jale" sentimental. A sus expensas parece que se satisfaciera esa necesidad de conjunto humano opuesto al individualismo. Si es así, resulta sintomático que, en todo lo que va de psiquiatría peruana, desde el siglo pasado al presente, sólo Sebastián Lorente utilice dicho término para identificarse con sus coetáneos. Efectivamente, en 1914 Lorente llama "generación actual" —son sus palabras— al grupo de psiquiatras conformado por él, por Baltazar Caravedo y Hermilio Valdizán. Después de todo, no importa tanto si ellos conformaron o no una generación, esa serie de individuos que imprime su carácter a una época. Lo verdaderamente importante al respecto es corroborar que alguna vez hubo en la psiquiatría peruana algo parecido a espíritu de cuerpo, a constructiva solidaridad entre psiquiatras de la misma hornada. A la muerte de Valdizán, desgraciadamente, se instaló en nuestra psiquiatría un avasallador individualismo que aún muestra sus egotistas fauces.

Nada de esa conciencia de estar abriendo un camino común, como la de la "generación" aquella, calza ahora con nosotros, los psiquiatras del momento presente. Perdidos en una dispersión babélica y refugiados cada uno en su consultorio privado, todavía no nos arriesgamos a tomar decididamente nuestra auténtica ruta o, como diría Mariátegui (Javier, hijo de José Carlos), la ruta social de la psiquiatría peruana.

5. Llamo etapa caudillista de la psiquiatría peruana a la que tiene que ver con la concentración de poder en una sola persona. No debe entenderse el calificativo *caudillista*, sino como referencia a ese acaparamiento del poder.

La idea de que el caudillo se encumbra sólo por sus dotes extraordinarias, está arraigadísima entre los adictos al superhombrismo trivial. Esta concepción no considera las condiciones de época y lugar, las relaciones de dependencia, la cuantía de la movilidad social, las necesidades de los grupos y otros factores

que, juntamente con el primero, explican la emergencia del caudillo. No considera, en suma, lo que el propio creador de la doctrina del superhombre asevera: "Las mismas condiciones que fomentan el desarrollo del animal de rebaño, fomentan también el desarrollo del animal dirigente".

Este último planteamiento explicaría a su vez por qué en el seno de la psiquiatría peruana surgió un caudillo indiscutido como Honorio Delgado, y por qué ahora ya no podría existir otro igual, de ninguna manera. Los epígonos del superhombrismo trivial acaso esgrimirían, como réplica, el argumento de que los superdotados aparecen de vez en cuando. La contrarréplica a eso consistiría en advertir que, en la época de Delgado, abundaron a su lado médicos de tan enorme e intocable fama como la suya. Ahí están los Palma, los Trelles, los Hurtado, los Weis, los Monge, los Bernales, los Guzmán Barrón, etc. Tantas eran esas *vacas sagradas* —según el comentario coloquial de aquel entonces— que "San Fernando" parecía, mas que Facultad Médica, un sacro establo.

Y la fama, por otra parte, la fama no nace, la fama se hace. Con una llamativa precocidad, cuando contaba apenas veinte años de edad y dos de estudiante universitario, Honorio Delgado da rienda suelta a su afición de publicista. Y también precozmente, comenzó a enviar sus trabajos, *motu proprio*, fronteras afuera. Entre las nuestras continuó mostrando, no solamente una constancia notoria, sino una innegable calidad, calidad basada principalmente en la corrección formal de sus escritos y en la abrumadora información de que hacía gala. Así es fácil entender cómo Honorio Delgado llega a ser Jefe de Servicio del Hospital "Víctor Larco Herrera" en 1920, y lo de "joven sabio", trato éste que Humberto del Aguila le da a don Honorio en una revista de 1924 (*Mundial* Nº 197).

6. La Cátedra de Psiquiatría comenzó a funcionar en "San Fernando" el año 1917 —otros dicen que en 1916—, bajo el magisterio de Hermilio Valdizán. A la muerte de éste, el 25 de diciembre de 1929, asumió la dirección Honorio Delgado.

Contada de esta manera, fría y escuetamente, la sucesión parece que hubiera sido una sucesión más, o que Delgado se

hizo cargo de la Cátedra "como quien no quiere la cosa". Otra es la realidad, sin embargo. En ese retrato vivo que es *Honorio Delgado (Recuerdos de juventud)*, el cual, dicho sea de paso, vale por todas las cosas que, hasta la fecha, se han escrito sobre la personalidad de Honorio Delgado, allí Cristóbal de Losada y Puga revela elocuentemente el gladiadoresco estilo delgadeano de abrirse paso y de ubicarse por encima de los demás. Preferible este estilo, por supuesto, al de los arribistas actuales que, en vez de polemizar y escribir con calidad, como Honorio Delgado, acumulan dudosos *currícula* de papel o fáciles prestigios de televisión. Lo que sí invita a reflexionar en ambos casos es eso de arremeter "contra todos", como dice Cristóbal de Losada de Honorio Delgado, "para lograr un sitio". Habría que conocer el tejemaneje de la movilidad social entre los médicos para entender en toda su dimensión esta ley del arribismo: para sobresalir, siempre hay que echar abajo a alguien. Pero, eso es harina de otro costal.

Al iniciarse la década de los años treinta ya tenemos, pues, a Honorio Delgado apostado en el Hospital "Víctor Larco Herrera" y en la Cátedra de Psiquiatría. Desde esos puestos, como todo un señor feudal, terminará por gobernar la psiquiatría peruana. Desde esos puestos y desde todos los otros que fue conquistando en el transcurso del tiempo. Esta apuntación no lleva intención de criticar ni a él ni a los que se dejaron avasallar por él. Es apenas una de las tantas que podrían hacerse sobre una época en la que las condiciones reinantes hicieron posible la existencia de un tal vasallaje y de tales vasallos.

7. Igual que en las demás especialidades médicas de hace unos veinte años aproximadamente —y de ahí, contando para atrás—, en la de psiquiatría se obtenía poder y se incrementaba el mismo, no solamente siendo jefe de servicio o jefe de cátedra o jefe de cualquiera de las otras condiciones jerárquicas que existen en las instituciones, sino también, y por encima de todo, siendo aliado de los otros poderosos. La famosa "argolla", ¿qué es, en realidad, sino una mutual del poder? He aquí todo el secreto de la fuerza descomunal que adquieren quienes pertenecen a una de esas mutuales. Levantándole la falda a ese

secreto queda a la vista una fecunda puerta de entrada para llegar a entender muchos fenómenos aparentemente ilógicos, contradictorios, absurdos. ¿Por qué, por ejemplo, las autoridades sanfernandinas de entonces se empecinaban tanto en oponerse al *tercio estudiantil*, si ellos tenían los dos tercios restantes del poder?; o, ¿cómo era posible que una sola de esas autoridades fuese a la vez Decano de la Facultad de Medicina, Jefe de Departamento de Medicina, Presidente de la Academia Nacional de Medicina y Presidente de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima?; o, ¿por qué enseñaban en la Facultad de Medicina algunos docentes de una mediocridad rayana en la estulticia, mientras otros, de una enorme calidad, estaban afuera?; o, ¿cómo debía entenderse que el pedido de los estudiantes para que estos últimos ingresaran a enseñar, aparte de incomodar, no tuviera ningún resultado positivo?

Uno de los profesores más solicitados por los estudiantes fue, precisamente, Carlos Alberto Seguin. El había pertenecido antes a la plana de profesores de la Facultad, pero, por razones que se dan a conocer por primera vez en estas *Conversaciones*, tuvo que renunciar. No sólo a través del Centro de Estudiantes de Medicina se urgió el concurso de Seguin en la enseñanza (ver boletines del CEM). Recuerdo que una delegación de la Asociación Neuropsiquiátrica de Estudiantes de Medicina (ANEM), en la que se encontraban, entre otros, Saúl Peña, Manuel Ponce y Alfredo Flores, fue a pedir a Honorio Delgado que tomara en cuenta a Seguin en la enseñanza. ¿Cuál fue la respuesta de don Honorio? Que eso no dependía de él exclusivamente (sic) y que, de todas maneras, iba a consultarlo —¿lo consultaría?— a los otros miembros de la cátedra. Es decir, nones.

La versión oficial sobre el motivo del distanciamiento irreconciliable entre Delgado y Seguin era que ambos representaban doctrinas psiquiátricas contrapuestas. Seguin escribió, por ejemplo, *Introducción a la Medicina Psicosomática* (1947), y Delgado *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática* (1960). Si bien es cierto que en dicho distanciamiento existía ese *antismo*, la realidad de fondo era otra. Seguin fue el único psi-

quiatra que se atrevió –sí, la expresión cabal es: se atrevió– a enfrentarse a Honorio Delgado, a discutirle de igual a igual, a no estar de acuerdo con él cuando no había que estar necesariamente de acuerdo con él. Con el tiempo se volvieron célebres esos choques en la Sociedad de Neuropsiquiatría.

¿Quién podía oponerse a alguien que desde los treinta y tantos años de edad era considerado sabio? ¿Quién podía constituirse en el *challenger* de una sacrosanta figura? ¿Quién podía discrepar sobre psiquiatría con él, si "él era la psiquiatría"? Pues bien, Seguin, destruyendo el tabú, se midió, en más de una oportunidad, con el tótem de la psiquiatría peruana. Tal gesto, que los devotos de Delgado consideraron como una imperdonable irreverencia, es un recuerdo tonificante para quienes están en contra de cualquier régimen de dominación –incluida la dominación ilustrada–, para quienes execran cualquier sistema de dependencia –incluida la dependencia ventajosa–, para quienes consideran el sometimiento entre las peores lacras de la relación humana.

En la época de Delgado, repito, "él era la psiquiatría". Los demás, como si hubieran desaparecido del mapa: unos porque medraban sin pena ni gloria a su sombra, y otros porque se marginaron solos o se dejaron marginar. ¡Qué aleccionador tiene que ser el capítulo "Caudillismo y marginación profesional" cuando se escriba la nueva historia de la psiquiatría peruana, que estudiará a todos y cada uno de los marginados! Protagonista de él es Seguin: el único que luchó contra aquella marginación y dio señales de vida, y de una vida muy fructífera, durante la era de la dominación delgadeana.

8. En un momento de estas *Conversaciones* –momento en el que se me fue la mano pugnaz–, Seguin me entregó una nota en la que decía: "Al leer y releer su última intervención se me hace patente algo que veía venir: la transformación de un diálogo cargado de humor en una discusión cargada de amargura y acaso de hostilidad. No debe, de ninguna manera, ser así. Si ese es el camino, prefiero que cortemos todo y lo olvidemos. Vale más una amistad callada que una rivalidad parlanchina. Sinceramente".

Vale más, dice Seguin. Pero, ¿qué es lo que *vale más,* en general, para él? La nota anterior no es sino una de las mil y una pruebas que se podrían mostrar sobre lo que constituye, en la tabla de valores de Seguin, el valor primero: el de los afectos humanos. Durante toda su vida ha hecho de ellos su principal fundamento y, desde los años sesenta, su espinazo ideológico. ¿Acaso la teoría sobre lo que verdaderamente cura en la psicoterapia —o sea, según él, el amor incondicionado que el psicoterapeuta siente por sus pacientes— no es la más audaz aplicación de ese fundamento? Llegará el momento de realizar una detenida apreciación crítica de esta teoría de Seguin. Baste recordar, por ahora, que ella es, como dijo Medard Boss, "un estudio que lleva la reflexión hasta el núcleo mismo del problema de la psicoterapia, la relación médico-paciente, en una forma radicalmente nueva".

Quien no conoce por dentro al *grupo del Obrero* cree que el lazo que une a sus miembros es el enfoque dinámico del psiquismo humano. Puede ser que este enfoque, netamente freudiano por lo demás, sea el denominador común; pero de denominador común no pasa. Lo que en verdad funciona como elemento unificador en el *grupo del Obrero,* cuando no de modo latiente de modo latente, es el reconocimiento del enorme valor de los afectos en la vida, en la vida propia y en la ajena. Y esa ligazón es producto de una influencia netamente seguineana. Alrededor de este reconocimiento de lo afectivo como el eje de una actividad profesional positiva, giran de hecho todas las modas —que la moda también tiene que ver, y mucho, en el terreno de la ciencia—, pero dicho eje se mantiene como tal, mientras el entusiasmo circunstancial da paso a otro entusiasmo circunstancial, y así sucesivamente. Seguin mismo es un seguidor de todos los conocimientos que se van "ofertando" en el transcurso del tiempo. No tiene ningún prejuicio como para no tomarlos en cuenta. Ese es otro de los rasgos sobresalientes de Seguin: su interminable entusiasmo por "todo lo que promete" y su natural maleabilidad para utilizar, en cada caso, el procedimiento provechoso. No es "técnico" de una sola "técnica". Todo esto, por cierto, con un telón de fondo: el Eros

psicoterapéutico. De ahí que la labor profesional de Seguin no tenga, a estas alturas, esas feas arrugas que el fanatismo imprime en el rostro de la ciencia.

9. Antes de 1919 doña Política era para los estudiantes una dama ajena en la que sólo incursionaban los *papás*. Con la superación de esta especie de tabú comienzan los conflictos entre profesores y estudiantes; la universidad no será ya más la apacible paridora de profesionales, como antaño, y el poder estudiantil se constituirá, cada vez con mayor fuerza, en una permanente presencia inquietante.

Resulta ilustrativo comparar la primera gran colisión entre profesores y alumnos de Medicina, de 1919, con la que ocurre cuatro décadas después, en los años sesenta. En ambas ocasiones los profesores apelan a la renuncia masiva como extrema medida de fuerza, con resultados diferentes: si en la primera oportunidad dicho recurso les es propicio, o sea que se quedan en "San Fernando" a condición de que los estudiantes amortigüen sus demandas —cosa que ocurre—, en la segunda se les acepta la renuncia. Todos los profesores renunciantes, o la inmensa mayoría para ser más exactos, abandonaron "San Fernando" y fundaron "Cayetano Heredia". Se fue con ellos —además de una tradición médica que venía, justamente, desde la época de Cayetano Heredia, con sus virtudes y defectos—, se fue con ellos, repito, un bloque macizo de jerarquías establecidas, asegurador de estabilidad corporativa. Mientras tanto, para superar el *shock* institucional ocasionado por esta renuncia masiva, en "San Fernando" se convoca a profesores de distinta extracción, de diversos prestigios y desprestigios, de diferentes estilos y cataduras. Dicho de otro modo, en el viejo recinto sanfernandino comienza a funcionar un nuevo organismo con todo lo que tiene de caótico y dramático el reemplazo total y emergente de unos grupos de poder por otros.

En esta situación de *shock* institucional Seguin presta a "San Fernando" lo que más tiene: una doctrina pedagógica, una sólida experiencia médica y, sobre todo, unas enormes ganas de transformar la educación del futuro médico; pero, son sus antecedentes extra-académicos y extra-profesionales los que, a la

larga, pesarán más en el futuro de este nuevo capítulo de su vida.

Hasta 1961, en que se reincorpora a "San Fernando", Seguin tiene veinte años como líder de un pequeño grupo, a la vez que pequeño, homogéneo: el grupo de psiquiatras del Hospital Obrero. Aquí bastaron sus dotes curacionales, pedagógicas e investigatorias para que se le respetase y admirase. Poder y prestigio coincidieron en su liderazgo carismático. No luchó con nadie para llegar a ser la cabeza del grupo. Lo fue por paternidad y capacidad, por referencia formal y por dinámica informal. Si se formaron subgrupos, todos ellos reconocieron su primordial autoridad. Para alcanzar este afianzamiento no tuvo que verse envuelto en los procesos complejos y cambiantes que suceden en un grupo muchísimo más grande y heterogéneo, como el de "San Fernando". En él, para afianzarse, no bastó realizar la actividad denodada que realizó *informando* y, sobre todo, *formando* a estudiantes de Medicina. En él, para desarrollar una doctrina pedagógica de los alcances y de la profundidad que tenía la de Seguin, además de competencia y voluntad transformadora, había que obtener poder. Y, para obtener poder, no bastaba con tener prestigio: había que hacer muchas cosas, muchísimas cosas más, para las que Seguin, temperamental e ideológicamente, estaba negado.

Lo que en un comienzo fue puro ajetreo de vida institucional, se convirtió, a mitad del camino, en algo ya no muy santo. Sobre todo, se manipuló a diestra y siniestra, se fracturaron lealtades y se traficó con la palabra *revolución:* según los adversarios de Seguin, ellos sí estaban haciendo la revolución, y Seguin no. Después de quince años, uno ya puede preguntar: ¿dónde están los frutos de aquella revolución?, ¿es verdaderamente revolucionaria la psiquiatría que ahora se enseña en "San Fernando"?

En tal *mare mágnum* el gran error de Seguin fue combatir limpiamente. Seguin puede ser —y de hecho es— desafiante, altivo, recio en sus enfrentamientos, pero tiene demasiado en cuenta el juego limpio. Quien no pecara de idealismo hubiera procedido de otro modo que Seguin y a quien viniere con man-

sadas le hubiera tratado como a un máncer. Pero Seguin no, frente al juego sucio de sus adversarios, a lo más protestó.

¿No era para darles, en realidad, su merecido?...

10. Existe un término muy poco usado, a pesar de que el fenómeno que ese término designa ocurre con frecuencia. Me refiero a *ucronía*. Su inventor, Renouvier, lo puso en circulación para designar "las fantasías sobre lo que pudo o debió ser y no fue". Bien. Yo acabo de cometer deliberadamente una *ucronía* y, para no variar, cometeré otra: ¿qué hubiera pasado si Seguin no renunciaba a seguir dirigiendo el Departamento de Ciencias Psicológicas?

Esta y otras tantas interrogantes deberíamos comenzar a responder los psiquiatras peruanos si queremos conformar toda una corporación en permanente estado de análisis y de crítica, única manera de superar lo que aún somos, desde nuestros orígenes: un problema rodeado de problemas, por ahora, sin visos de solución.

También deberíamos dialogar más. En el seno de una disciplina como la nuestra, que tiene en el diálogo uno de sus principales instrumentos, casi no se dialoga. Ojalá este libro también sea provocador en ese sentido, como en cualquier otro en que haya *algo que quiere morir*. ¿Acaso en la palabra no reside el ser?

En espera de los posibles frutos de esa virtual provocación, sólo me resta decir lo siguiente: mientras Seguin y yo dialogábamos, nuestro común amigo Marco Aurelio Denegri aplaudía, abucheaba, reía, alentaba y hasta expulsaba de la "cancha" a mis *charapadas* peligrosamente antigramaticales.

Va, pues, por todo eso, mi público agradecimiento a don Marco Aurelio, imparable punta de lanza cuando juega adelantado contra la estupidez ambiente, e impasable *stopper* cuando baja a marcarla.

Max Silva Tuesta

de la intimidad y sus elevados muros

MAX SILVA. "El reportaje es uno de los géneros más reprochables y populares de que adolecen nuestras letras. Finge ser una conversación, pero se identifica peligrosamente con el interrogatorio fiscal, con el catecismo y con los exámenes de ciertos profesores inhábiles que, en vez de dejar hablar al alumno, lo interrumpen descortésmente con nimiedades bibliográficas y exigencias de fechas. La rutina de preguntas y respuestas obliga a su víctima a simular que es Heine o Bernard Shaw, empresa que suele acometer con escasa fortuna".

"El interrogador descarga preguntas que sugieren y casi imponen respuestas determinadas. Le duele, además, ser el que interroga y no el que dictamina e intercala sus propias aversiones y preferencias generalmente superfluas".

Eso dice Borges. ¿Qué dice usted, doctor Seguin?

ALBERTO SEGUIN. Las frases de Borges me han hecho recordar inmediatamente a un entrevistador de nuestra televisión. Tienen, por otra parte, mucho de verdad. Al hacer una pregunta, el entrevistador desearía que se le diera la respuesta que ya tiene *in mente* y, cuando ello no ocurre, sufre una desilusión, que se refleja, o en el comentario, o en las siguientes interrogantes. Además, es muy difícil que quien entrevista pregunte lo que el sujeto desea y eso engendra en éste otra desilusión, con las consecuencias correspondientes. En fin, en toda entrevista se refleja, no solamente la personalidad del entrevistado, sino la del entrevistador. Cuidado, pues.

MS. ¿Cuidado? ¿Usted también se va a cuidar?

AS. ¿Quién, quiéralo o no, no lo hace?

MS. Así es; constantemente nos estamos cuidando. El invicto deseo de quedar siempre bien, ¿no?

AS. No tanto el deseo de quedar bien con los demás, sino el irresistible impulso a quedar bien con uno mismo. Muchas veces una pregunta remueve algo que no está claro en nosotros y nos obliga a reestructurar algún aspecto de nuestro Yo, reestructuración dolorosa y, a veces, fallida.

MS. No pretendo llegar a tanto. Quisiera, eso sí, que algunas de mis preguntas rozaran aspectos inéditos de su personalidad. Porque en toda cala siempre hay límites infranqueables. "Llegado aquí —dijo Freud, cierta vez— puedo dar por concluidas mis comunicaciones autobiográficas. El público no tiene derecho alguno a saber nada más de mis asuntos personales, de mis luchas, de mis defraudaciones y mis éxitos. De todos modos, en algunas de mis obras, como *La interpretación de los sueños* y en *Psicopatología de la vida cotidiana*, he sido ya mucho más franco y más explícito de lo que suele ser la mayoría de la gente al descubrir su vida para los contemporáneos o para la posteridad. Tal franqueza despertó una muy dudosa gratitud, de modo que mi experiencia no me induce a recomendar a nadie a seguir mi ejemplo".

¿Seguirá usted la recomendación de Freud?

AS. En general, he escondido mi intimidad más que Freud, quien era, por supuesto, más valiente que yo.

Hay un pudor invencible cuando se trata de sentimientos, emociones y, naturalmente, vida instintiva. Por otra parte, de acuerdo con la normalidad estadística, pecaría de exhibicionista quien hablara de "esas cosas" en público. Se trata, una vez más, de una norma de nuestra sociedad y de nuestra cultura que, en el momento actual, sólo puede ser transgredida parcialmente y siempre a riesgo, sobre todo si tenemos alguna responsabilidad en relación con la conducta de los demás.

MS. Utilizando la metáfora del *hombre-casa*, ¿hasta dónde cree que hace pasar habitualmente a los demás: hasta su sala de recibo, hasta su sala de estar, hasta su comedor, hasta su cocina, hasta su dormitorio o hasta su baño? (No hablemos del baño de visitas).

AS. En mi caso, creo que la sala de recibo es la más concurrida. Le seguiría la biblioteca y luego la sala de estar. El dormitorio y el baño están reservados para las mujeres.

MS. Se olvida de la cocina. ¿Tampoco le gusta hablar de lo que está preparando; en su caso, de lo que está cocinando intelectualmente? Hay gente tan amurallada que su intimidad se extiende hasta ese paraje. ¿Se considera así?

AS. No es mi caso. No me molesta hablar de lo que tengo en preparación o en proyecto. Más bien me agrada discutir algunos aspectos con determinadas personas. Usted sabe que he leído originales "a medio cocinar" a atentos grupos en el hospital.

MS. Ahora recuerdo, sus *Memorias;* muy interesantes porque en ellas se descubre, entre otras cosas, la perspectiva de un memorialista con orientación dinámica, ¿o no?

AS. Una y otra vez, en los últimos años, ante el pedido de amigos y discípulos, he considerado la posibilidad de "escribir mis memorias" —para usar la consabida muletilla. Inmediatamente, como tenía que ocurrir, me he preguntado por qué lo hacen quienes lo hacen. Fácil es convencerse a sí mismo de la necesidad o la conveniencia de emprender esa tarea, pero, cuando se está preparando a no confiar en racionalizaciones, debe analizarse ese convencimiento sabiendo que, debajo de las explicaciones conscientes,existe un fondo de motivación profunda muy distinto y muchas veces muy alejado de ellas. Se trata, generalmente, de ese afán, tan humano, de perpetuarse, unido a la creencia de que la propia vida ha sido importante y merecedora de recuerdo, así como, por supuesto, una cierta tendencia reivindicatoria. Consciente de todo ello, me decidí a emprender la tarea de registrar, simplemente, mis recuerdos.

He dicho registrar mis recuerdos y en esas palabras está todo el programa de esa obra. Lo único que un ser humano es capaz de realizar, al escribir sobre su vida, es transmitir su visión de las personas y los acontecimientos, y esa visión no puede, de ninguna manera, pretender certidumbre. Ni objetividad. Recordamos los hechos, no como ocurrieron, sino como los vimos y como los sentimos en el momento de vivirlos, envueltos como estábamos en todas las circunstancias que entonces

nos determinaron. Más aún; bien sabemos que nuestro recuerdo elegirá aquello que, por una u otra razón, muy personal, tuvo la fuerza suficiente para fijarse en la memoria y también aquello que hoy tiene algún significado para nuestra vida. Una autobiografía no es, pues, en realidad, el relato de datos ciertos, por más que lo pretendamos, sino apenas el registro de los que poderosas razones inconscientes hacen surgir en el momento de escribirla.

Teniendo en cuenta todo ello, esas *Memorias* no pretenden exponer "hechos" o "verdades", sino más bien, relatar una vida tal como la ve quien la vivió. Están, por lo tanto, llenas del espíritu y del sentimiento del autor. Si así se juzgan, pueden tener el valor de reflejar una existencia que se mira a sí misma.

MS. Ojalá se refleje en esta conversación, como complemento de sus memorias, la misma existencia, pero mirada por "otro". En la consecución de tal propósito temo quedar más de una vez como un impertinente inquiridor, a menos que usted coincida con Sartre en lo siguiente. Cuando Michel Contat, en un extenso reportaje, le pregunta: "¿le molestaría que lo interrogara sobre usted?", el filósofo, muy filosóficamente, responde: *"No, ¿por qué? Estimo que cada uno debería poder decir, frente a quien lo entrevista, lo más profundo de sí mismo. Según mi opinión, lo que vicia las relaciones entre la gente es que cada uno conserva, con relación al otro, algo escondido, secreto, no necesariamente con todos, pero sí con quien habla en cierta circunstancia".*

"Pienso que la transparencia debe sustituir, en todo momento, al secreto, e imagino muy bien el día en que dos hombres no tengan secretos el uno para el otro porque ya no lo tendrán para nadie, porque la vida subjetiva, tanto como la vida objetiva, será ofrecida, será donada totalmente. Es imposible admitir que entreguemos nuestro cuerpo como lo entregamos y que escondamos nuestros pensamientos, dado que, para mí, no hay diferencia de naturaleza entre el cuerpo y la conciencia".

AS. Su cita de Sartre dice, en otras palabras: "Llegará el día en el que nos amemos los unos a los otros como para ser capaces de abrirnos totalmente". Estoy completamente de acuerdo con ello. He escrito (dicen que no hay nada peor que ci-

tarse a uno mismo, pero ocurre que soy la persona que más conozco, o a quien más creo conocer), he escrito, decía, que toda relación interhumana comienza con un *en-contra*, una lucha por proteger el propio Yo frente al otro (a su mirada, diría Sartre). Si se logra superar ese en-contra, se habrá producido el *encuentro*, que no puede ser distinto del amor.

Desgraciadamente, desde que nacemos se nos prepara para defendernos escondiendo nuestras "debilidades", que no son otra cosa que lo que la sociedad ha decretado que es "malo". Si lo exponemos, habremos ofendido a los demás, no porque ellos sean menos "malos" que nosotros, sino, precisamente, porque los escandalizamos al demostrarnos capaces de mirar frente a frente nuestro interior y tener el valor de exponer lo que esa mirada nos enseña.

Pero, así como la sociedad no nos permite mostrarnos desnudos, sino en ciertas circunstancias, así nos castiga si nos desnudamos anímicamente fuera del momento apropiado: la insultamos con nuestra franqueza, como la insultamos con nuestra desnudez. Y se venga. Alguna vez leí una anécdota *(si e non e vero, e ben trovato)*: un misionero reprochaba a un "salvaje" su desnudez, a lo que él respondió: "¿No tienes tú desnuda la cara? Pues, nosotros somos todo cara".

MS. Después de esta extraordinaria *salvajada* (¡ya quisiéramos responder así los civilizados!), creo que podemos comenzar a ver quién es Carlos Alberto Seguin. ¿Comenzamos?

AS. Quiero, ante todo, aclarar el espíritu que me guiará. Si estoy dispuesto a seguir adelante es, principalmente, porque deseo encontrarme conmigo mismo y creo que la mejor manera de hacerlo es a través de alguien por quien se tenga especial aprecio. Trataré de ser lo más sincero posible, aunque –siempre ocurre con la sinceridad– ello me haga sufrir o hiera mi ego. Creo que un diálogo de esta clase me servirá para ponerme en contacto con mi Yo. A través de los años vamos evolucionando y necesitamos detenernos un momento para obtener una visión del camino que hemos recorrido y, de esa manera, saber lo que somos y dónde estamos. Si no lo hacemos, nos dejamos llevar por la vida y, en cierta forma, perdemos conciencia de nosotros mismos. Adelante, pues.

la vida (I)

MS. "Comienzo mucho antes de mí; porque nadie deberá escribir su vida sin haber tenido la paciencia, antes de fechar su propia existencia, de recordar por lo menos a la mitad de sus abuelos." Obediente a esta indicación de Oscar Matzerath, el célebre personaje de *El tambor de hojalata*, ¿podría recordar, doctor Seguin, por lo menos a la mitad de sus abuelos?

AS. Aparte de la leyenda (que descendemos del educador Seguin, quien vivió en Francia de 1812 a 1880 y fue el precursor de los *tests* de inteligencia para niños; que el primer Seguin venido al Perú fue un médico traído como parte de la organización del Protomedicato de Unanue), los antecedentes se conocen claramente a partir de mi tatarabuelo. Fue don Manuel María Seguin, quien casó con doña Jacoba Caballero Arcigóngora. Hijo de este casamiento fue mi bisabuelo, José María Seguin. De él hay ya datos históricos. Fue el Secretario de la primera Embajada del Perú ante la Santa Sede y murió cuando, en misión diplomática, se dirigía de nuestro país a los Estados Unidos. El barco que lo llevaba naufragó en el Caribe. José María Seguin casó con doña María del Pilar Figuerola. Debo confesar que nunca traté de verificar la certidumbre del decir familiar respecto a que mi bisabuela era hermana del que fue presidente de la República. De esta pareja nació Manuel María Seguin y Figuerola, mi abuelo. Sé de él, y esto también es historia, que fue Cónsul de Perú en Chile cuando estalló la guerra con ese país; que volvió a su patria,

peleó valientemente y murió durante la batalla de Miraflores. Su nombre está en la Cripta de los Héroes.

Mi abuelo casó con doña Sofía Delgado y a ella sí la conocí. Vivía en Arequipa. Matrona "a la antigua", organizó su casa como un hogar al que todos pertenecíamos y al que llegábamos reverentemente.

MS. ¿Por esa rama brota su parentesco con el doctor Honorio Delgado?

AS. Hermano de mi abuela era don Juan Ramón Delgado, cuyo hijo, el doctor Honorio Delgado, fue, pues, primo de mi padre.

MS. En la *Historia de la Medicina Peruana,* Lastres señala, ¡cáigase de espaldas!, que Juan Seguin tuvo algo que ver con el caso de la famosa curandera Dorotea Salguero, "el caso sin duda más extraordinario en nuestra Historia Médica". ¿Cómo es, no? Hoy por hoy, un descendiente de Juan Seguin, Carlos Alberto Seguin, es el médico peruano más interesado en el fenómeno del curanderismo.

Bien; pero, ya me estoy yendo por las ramas. Vuelvo, pues, a los troncos.

¿Qué recuerda de sus padres?

AS. Mis abuelos paternos, Manuel María Seguin y Sofía Delgado tuvieron dos hijos; Sofía, mi tía Sofía, y Alberto Gonzalo, mi padre, quien casó con Emma Escobedo Arispe, de viejas familias arequipeñas.

Los recuerdos que tengo de mi padre son varios, separados por espacios de tiempo. Cuando iba "a la Montaña" —trabajó una época en el Madre de Dios, creo que como administrador de una hacienda— y, cuando volvía, con gran alboroto de toda la casa, vestido con poncho y botas, se quedaba con nosotros un tiempo y volvía a partir por largos meses. Recuerdo claramente cuando, años después, fue director del diario *El Sol* del Cuzco y, luego, cuando vivimos en Arequipa, donde ya su figura se hace en mi memoria más distinta y viva. Era un hombre cordial y alegre, sano de cuerpo y de espíritu y lleno de un idealismo extremo que lo llevó constantemente a luchar y a perder, hasta su muerte.

No sé cómo ni cuándo nació en mi padre la vocación por el periodismo pero sí sé que se entregó a ella plenamente. Sus campañas —llenas de esa fe en el hombre y en el bien que caracteriza a los espíritus puros y, por lo mismo, expuestos a los golpes y a las desilusiones— se hicieron famosas en todo el sur del Perú. Querido y respetado por quienes lo conocían, su integridad lo mantuvo siempre pobre y postergado. En Arequipa fundó otro periódico, *El Heraldo*, desde el que combatió constantemente por todas las causas que consideraba nobles. Era un demócrata íntegro y uno de los *pioneros* del "descentralismo", de la lucha por liberar a las provincias del dominio total en el que vivían, bajo la férula del gobierno central y la dependencia de Lima, la capital, que absorbía la vida de la nación.

Fue elegido diputado y eso le ofreció una tribuna más desde la que gritó su patriotismo y sus creencias. Cuando Leguía se hizo dictador, mi padre lo combatió ferozmente. Se contaba en nuestra casa que Leguía le había ofrecido un puesto diplomático y que, ante su negativa "a venderse", lo sacó del camino deportándolo a Bolivia.

Era un periodista agudo y combativo, valiente y franco y, por supuesto, eso le trajo duelos y prisiones. Se batió varias veces y tenía, como huella, una herida en el hombro izquierdo. Estuvo preso en todas las ocasiones en que un prefecto creyó que debía acallarlo. Yo recuerdo nuestras visitas al cuartel de Arequipa llevándole ropa y comida y recuerdo su optimismo sin mella y su sonrisa constante en esos momentos.

MS. ¿En qué terminaron todas esas batallas, ajetreos y angustias?

AS. Mi padre, ya lo he dicho, era director de *El Heraldo* y la imprenta estaba en nuestra misma casa. Aparte del comercio diario con periodistas, esto me dio la oportunidad de presenciar "asaltos" preparados por el cacique de turno y de vivir constantemente bajo la amenaza de la prisión de mi padre que, ya lo he anticipado, se produjo varias veces. Una de ellas fue seguida de su destierro a Bolivia. Mi memoria, vaga y nebulosa, me lleva a La Paz de aquellos tiempos, en cuya Avenida del Prado vivíamos, a los cenáculos de políticos peruanos

deportados, al eterno optimismo de mi padre y a su lucha indesmayable.

Un episodio de esa lucha lo llevó a un cautiverio doloroso y a una nueva y más lejana deportación. Lo que yo sé — lo que supe entonces— es que, embarcado en una conspiración para derrocar a Leguía, entró en el Perú sin autorización y viajó disfrazado de cura hasta que alguien lo traicionó y lo entregó a manos de los esbirros del dictador. La consecuencia fue su prisión en Taquila.

Taquila es un islote en el lago Titicaca, inhóspito, habitado entonces por unos pocos indios y donde Leguía había recluido a algunos políticos opositores. Mi padre jamás se quejó de las condiciones en que allí lo obligaron a vivir, pero luego se ha sabido por boca de otros que aquello era indigno e inhumano.

Estuvo diez meses en Taquila y fue compañero de sufrimiento, entre otros, del Mayor Gustavo Jiménez, al que lo unió una cordial amistad.

Luego de casi un año de cautiverio, Leguía, presionado nacional e internacionalmente, sacó a los prisioneros de Taquila y los deportó. El destino de mi padre fue Buenos Aires.

MS. ¿Y su madre, cómo era?

AS. Mi madre era una hermosa mujer, cariñosa con sus hijos, "engreidora" y que demostraba preferencia por mí, como el mayor y único hombre, lo que no impedía que me propinara unas buenas nalgadas cada vez que lo consideraba conveniente.

MS. ¿Cómo definiría en pocas palabras a su grupo familiar?

AS. La nuestra fue el paradigma de las familias de clase media de ese tiempo con la diferencia de que el "jefe de familia" era excepcional: un quijote (como lo llamaron muchas veces) del periodismo y un creyente en la democracia que hizo de su vida una sacrificada entrega a sus ideales.

MS. Más allá de la elevada calidad personal de su padre, que no está en discusión, se siente en lo que usted nos cuenta de él una suerte de sobre-idealización. Y ya se sabe que la sobre-idealización sirve tanto "para calmar la ira *de* los dioses" (función anti-castrativa), como para calmar la ira *contra* los

dioses (función anti-retaliativa). Esta última función se verbalizaría más o menos así: "si mi padre es maravilloso no sólo merece mi admiración, sino también mi perdón", con lo que también, subsidiariamente, se esquiva la castración: "Yo no te castro, tú no me castras".

Soy consciente de que puedo estar cayendo en un vicio profesional cuya evitación nos la solía usted recomendar: el *absurdo interpretativo*. Después de todo, lo que estamos viendo debe haberlo visto muchísimo mejor en su análisis personal, ¿no es así?

AS. Para hacer una recta interpretación, deben llenarse condiciones indispensables: que se realice en una situación de transferencia; que no exista contratransferencia ninguna; que el interpretado asocie libremente, a lo que yo añadiría: que esté presente el Eros psicoterapéutico.

Si esas condiciones no existen, todo intento de interpretación se convierte o en un juego intelectual, en el que se trata de forzar una situación en un marco, o, como dijo Freud, en agresión.

No creo, por otra parte, que pueda repetir aquí mi psicoanálisis, ni iniciar uno nuevo. Perdóneme.

MS. Hay dos tipos de interpretación: la interpretación privada y la interpretación pública. Las condiciones indispensables a las que usted hace referencia tienen que ver con la primera, no con la segunda, la cual se ejercita en el territorio a cielo abierto del *psicoanálisis aplicado*. Freud mismo, estoy convencido, no agredió, por ejemplo al autor de *Crimen y castigo* cuando escribió ese bello ensayo *Dostoyewski y el parricidio*, ni usted agredió al autor de *Fausto* cuando publicó ese ensayo, también bello, *Un poema de Goethe*.

El único problema que veo en todo esto es que yo no soy ni Freud, ni Seguin. Perdóneme.

AS. Así como distingue usted —muy justamente— dos instancias del ensayo interpretativo, permítame que, a mi vez, distinga también la interpretación que se hace basada en las obras de un hombre de aquella que quiere ser forzada *en una conversación*. Tiene usted plena libertad para la primera, pero tie-

ne que disculparme si muchas circunstancias me impiden colaborar en la última.

MS. Yo les he dado a sus obras, leyéndolas, más de una vuelta, al revés y al derecho, y no sólo por mi papel discipular, sino para estar sólidamente informado en mi papel de "preguntón"; y no sólo sus obras de médico-psiquiatra, sino las de creación literaria. De manera que cualquier intención interpretativa mía "se hace basada en las obras de un hombre", y *no* "quiere ser forzada en una conversación".

Yo entiendo su posición, pero entienda también la mía, sobre todo el afán de hacer de este libro una estructura de concreto armado, en la que se vea no sólo el prestigioso pellejo de la fama, sino el tuétano seguineano, la médula del hombre de carne y hueso. Por eso insistiré, aunque me lluevan palos y piedras en cada intento interpretativo.

Usted habla o, más que hablar, señala de paso "su" psicoanálisis, su análisis personal. ¿Podría decir algo más sobre él?

AS. Cuando estuve en los Estados Unidos pensé que era indispensable, si quería seriamente acercarme al psicoanálisis, pasar por él. En el sitio donde me encontraba ejercía entonces un psicoanalista vienés, Richard Karpe, y a él me dirigí.

Todo análisis significa un sacrificio pecuniario y yo tuve que hacerlo, a pesar de que las condiciones en las que me encontraba, como becario, hacían el sacrificio más duro.

Lo continué por dos años y lo dejé al volver al Perú. Creo que me ayudó mucho a conocerme a mí mismo y a aprender algo de la teoría y la práctica. Creo también que lo incompleto de él me favoreció, al impedir que me fanatizara y me entregara completamente a la religión psicoanalítica.

Seguí también cursos en la Asociación Psicoanalítica Americana y seminarios con Bertram Lewin, entonces profesor de Columbia University.

MS. ¿Quiere decir que un modo de sortear el peligro del fanatismo psicoanalítico es realizar un análisis personal incompleto?

AS. Ante todo, no creo que pueda hablarse de un "análisis completo". Nunca se intentó como tal y Freud mismo nos

dice, en su *Análisis terminable e interminable*, que no se puede pretender, de ninguna manera, otra cosa que "lograr las condiciones psicológicas posibles para las funciones del yo". Cita en el mismo trabajo a un sujeto (se cree que fuera Ferenczi) quien, a pesar de haber sido analizado por el propio Freud, no pudo evitar la recurrencia de síntomas específicos. Todos los análisis son, pues, "incompletos".

Lo que yo quería decir, y lo he dicho en anteriores oportunidades, es que la mayor parte de quienes son psicoanalizados se fanatizan. Y es que el psicoanálisis es absorbente, por más de una razón, en las que ahora no puedo detenerme. He dicho que "la mayor parte", porque hay ejemplos claros de personalidades que han pasado por un análisis, llamémoslo ortodoxo, y han sabido mantener una independencia de espíritu, una actitud respetuosa, pero no ciega. Un ejemplo es Medard Boss, otro sería Jules Masserman, para citar solamente dos brillantes psiquiatras que han influido en la teoría y la práctica modernas.

En mi caso, el psicoanálisis al que me sometí sirvió para hacerme consciente de muchas características de mi personalidad, para enseñarme, en la práctica, la técnica y, como no destruyó mi capacidad crítica, me permitió valorar lo mucho bueno que hay en la teoría, sin caer en la exageración totalitaria, ni el absurdo interpretativo.

MS. ¡El absurdo interpretativo! ¿Y por qué nos gustará tanto jugar al jueguito de la interpretación? ¿Es sólo por falta de formación y entrenamiento; o porque se lo utiliza con éxito en el ataque y la defensa personal; o porque hay una suerte de satisfacción narcisística de dar en el clavo de algo que está escondido; o porque el hombre es un animal hermenéutico; o por qué?

AS. Me parece que, al descubrir la "dimensión profunda" del hombre, se entra en el estado de espíritu en el que debe haberse encontrado (salvando las distancias) Arquímedes y su *¡Eureka!* Un nuevo mundo se abre ante nosotros y no podemos resistir el encanto de su exploración. Muy pronto, sin embargo, como ocurre con todo lo que el hombre conquista, aprendemos a usar el nuevo conocimiento como un arma, un arma de auto-

aseguramiento y de ataque. Ya Freud dijo alguna vez: "Toda interpretación, fuera de la transferencia, es agresión". Es fácil observar cómo los pichones de "psicodinamista" usan la interpretación —la pseudointerpretación sería mejor— para jugar entre ellos al inteligente o para atacarse mutuamente. Por supuesto que, con la madurez, la interpretación va encontrando su propio camino, lo que no impide que los espíritus poco críticos se dejen llevar por ella a las alturas de la inverosimilitud, la fantasía y hasta el ridículo. Masserman, precisamente, escribió una vez un delicioso ensayo sobre el psicoanálisis de la uña encarnada, que es un ejemplo de humor del bueno.

MS. Conociendo el furor interpretativo de algunos colegas, ¿se atrevería a improvisar una fantasía, la primera que se le ocurra en este momento?

AS. La improvisaré. Sé bien que la fantasía descubre tanto como el sueño, pero, francamente, no temo las interpretaciones.

Estoy caminando por la ladera de una montaña muy empinada y se me ocurre subirla. Comienzo a hacerlo, pero no puedo seguir mucho tiempo: me canso. Pienso: "Si fuera más joven, me sería muy fácil". Veo, entonces, en la cima, una figura de mujer vestida de blanco (¿con alas?) que parecería llamarme y, forzándome, sintiendo mi corazón saltar cada vez más alarmantemente en mi pecho y mi respiración hacerse difícil, sigo subiendo. En eso despierto a la realidad.

MS. Su fantasía, francamente, me encanta. Es como una alegoría de lo inalcanzable. Seguro que si no "despertaba", llega a la cima; y seguro que si llegaba a la cima, la mujer alada emprendía vuelo...

Me encanta porque "la ladera de una montaña muy empinada" puede ser abordada por cualquier lado.

AS. Soy perfectamente consciente que esa fantasía se presta a las más variadas interpretaciones, desde las freudianas —ortodoxas o no— (pienso en la impotencia, la castración, el objeto o el pecho bueno, etc.), las adlerianas (la superación del estar abajo, etc.), las jungnianas (la suya se acercaría al-

go), las existencialistas y las transaccionales (acaso el mandato "esfuérzate más" o "no seas más que yo", etc.).

Personalmente, con todas las limitaciones que puede tener un autoanálisis, creo que la fantasía refleja mi actitud frente a la vida.

MS. ¿De qué manera?

AS. Mi afán de seguir ascendiendo para alcanzar un ideal y la sensación de que ya no estoy en condiciones de hacerlo plenamente. Por supuesto que los colegas dirán que la interpretación es ingenua y yo les dejaré que sigan aplicando cualquier otra que les satisfaga.

MS. ¿Por qué dice que ya no está en condiciones de alcanzar un ideal?

AS. Nadie alcanza un ideal. Ideal alcanzado, si fuera posible, dejaría de ser ideal. Lo que yo he dicho, más bien, es que ya no estoy en las mismas condiciones juveniles que me permitieran seguir ascendiendo.

MS. Tal vez ahora esté en mejores condiciones, si es cierto, como suele decirse, que los años y la experiencia terminan de templar el espíritu del buscador de riquezas espirituales.

AS. Muchas gracias. Usted es testigo de que mis años no me impiden esforzarme y producir, pero soy consciente de que me serían muy difíciles ciertas "ascenciones", como la del "sueño".

MS. "El Viejo", tal el trato familiar que siempre le hemos dado en el Grupo del Obrero. ¿Lo sabía? ¿Le desagradaría hablar sobre la vejez?

AS. La palabra "viejo", además de su significado directo, adquiere aquellos que queremos darle. Así, no es la misma cuando la empleamos como signo de amistad: "¿Cómo estás, viejo?" que cuando la usamos como epíteto minusvalorativo: "Ya está viejo". En inglés, *old man* tiene un cierto calificativo respetuoso y en francés *mon vieux* se carga de tonos amistosos. En la Argentina la palabra se emplea cariñosamente refiriéndose a los padres: "Mi vieja", "Mis viejos". Freud firmó algunas cartas a Lou Andreas-Salomé como *Ihr alter*. Entre nosotros, si bien puede adquirir ese tono, es casi siempre usado despectivamente.

Quiero creer que, en el grupo, el calificativo llevaba algo de respeto y algo de afecto, aunque no estuviera libre de la superioridad que el joven pone cuando señala la edad como minusvalía.

Recuerdo que he repetido siempre a mis hijos una frase que, si bien expresa una creencia personal, no está libre de un intento de "exculpación": "No es que yo sea más viejo; es que tengo muchos más años de ser joven".

Debo confesar que, en ningún momento, me he sentido viejo, si ello se refiere a renunciar a la visión positiva del mundo y de los hombres que generalmente acompaña a ese sentimiento. Hace poco tiempo he comenzado a pensar seriamente en que no me quedan muchos años. No me asusta la idea. Creo que he cumplido con la vida y la vida ha cumplido conmigo y me gusta recordar lo que escribí sobre la muerte en *Tú y la medicina.*

MS. Allí dice, entre otras cosas, que para evitar el miedo a la muerte de los enfermos "no valen exhortaciones, plegarias, ni filosofías". Y agrega: "Sólo hay un camino: haber dominado ese miedo en nosotros mismos". Absolutamente de acuerdo. ¿Podría añadir algo más?

AS. Añadiré que algunas veces me he visto ante la muerte. Una, nadando durante una tormenta en el Río de la Plata; otra, manejando un automóvil, en la Argentina, sobre el que perdí el control en una carretera bajo la lluvia. Por último, la vez en la que me contagié profesionalmente una difteria que sabía que, en cualquier momento, podía vencerme. En ninguna de ellas me angustié. Pensé siempre fríamente y, a pesar de ser conciente de que podían ser mis últimos momentos, me mantuve dueño de mí mismo y por eso fui capaz de salir sano y salvo. No sé cómo reaccionaré si alguna vez comprendo que no tengo ya nada que hacer ni cómo luchar y que es el fin.

la vida (II)

MS. Ahora sí ya podemos fechar su nacimiento: 8 de agosto de 1907. ¿Y luego: hasta qué año vivió en Arequipa, o, lo que es lo mismo, en qué año viajó a la Argentina? ¿De qué año a qué año abarcan sus estudios pre-universitarios y los universitarios? ¿En qué año se graduó?

En esta ronda de los años, tan útil, detengámonos un poco, doctor Seguin, para precisar su periplo vital que fue, creo (corríjame si no estoy en lo cierto), Arequipa-Cusco-Arequipa-La Paz-Arequipa-Buenos Aires-Formosa-Lima-EE.UU.-Lima, aparte de la infinidad de viajes que ha realizado por un tiempo muy limitado.

AS. Debo confesar que las fechas que voy a darle son apenas aproximadas. Mucho hay que no está presente con absoluta certeza en mi memoria. Fui llevado al Cuzco creo que a los ocho años. Allí permanecimos varios, siendo mi padre director de un periódico, *El Sol*. Luego volvimos a Arequipa, donde vivimos hasta el destierro de mi padre a Bolivia. Fue en los primeros años del gobierno de Leguía. Volvimos a Arequipa, mi madre y mis hermanas y yo, quedándose mi padre en La Paz hasta que entró al Perú de incógnito y, descubierto, fue enviado a Taquila. Allí estuvo 10 meses de donde salió deportado. Fuimos, entonces, a Buenos Aires, en 1921. Mi padre murió el 10 de octubre de 1924, el mismo mes y día del nacimiento de mi hijo. Mi familia volvió al Perú y yo me quedé en Buenos Aires a terminar mi carrera. Ingresé a la Universi-

dad en 1926. Recibido en 1932 viajé a Formosa y de allí vine a Lima en 1940. En diciembre de 1942 viajé a los Estados Unidos, de donde volví en 1945, para quedarme.

MS. Hablemos de la etapa de su vida en los Estados Unidos. Los que retornan de Norte América, como parte del síndrome del retorno, tienen la costumbre de contar sólo la vida color de rosa que vivieron allá. ¿Por qué no se refiere a la otra cara de esa realidad? En fin, ¿en qué circunstancias viajó?

AS. En 1942 el Instituto Neuro-Psiquiátrico de Hartford ofreció una beca a un colega que, por razones personales, no pudo aprovecharla. Se llamó, entonces, a concurso para llenar la vacante y eso significó, para mí, una oportunidad de perfeccionamiento.

No había transcurrido mucho tiempo desde la inauguración del Hospital Obrero y del comienzo de mi trabajo en él; mi consultorio comenzaba a tener clientela que, por supuesto, perdería al abandonarlo y, sobre todo, acababa de nacer mi primer hijo. Me resolví, sin embargo, a separarme de mi familia, de mi país y mi trabajo y emprender esta nueva aventura profesional.

En diciembre de 1942 mi esposa y mi hijo, de dos meses de edad, partieron para la Argentina, a vivir con la familia de ella y yo tomé el avión hacia los Estados Unidos. Estaba solo nuevamente.

La experiencia fue, al principio, muy dura. Recuerdo que abandoné Lima en el verano y llegué a Hartford en el peor invierno que se recordaba desde hacía veinte años. Aún sufro al rememorar mi primera mañana en el Instituto. Alojado en uno de los edificios marginales, debía atravesar el *campus* para ir al comedor a tomar desayuno. Nevaba y, al salir al aire libre, una ráfaga de aire helado me golpeó bruscamente los ojos haciéndome lagrimear. Las lágrimas se me congelaron en las pestañas.

Pero no era el clima lo más duro. Todo parecía conspirar para hacer la adaptación difícil. Mi inglés —que me había permitido traducir fácilmente libros y revistas— mostró muy pronto su clamorosa deficiencia, dolorosa especialmente al asistir a

las reuniones clínicas y a la discusión de los casos, ocasiones en las que me hallaba en la imposibilidad de expresar todo lo que pensaba y de discutir mis puntos de vista. Al lado de esa dificultad estaban todas las concernientes a un cambio brusco de cultura: no podía adaptarme a la comida, a la rutina del Instituto y, sobre todo, a la tan distinta manera de enfrentar los hombres y las cosas. Me hice muy amigo del electrofisiólogo ruso, Wladimir Liberson, director del laboratorio de electroencefalografía del Instituto. El laboratorio estaba metido en el sótano de uno de los edificios y allí iba a refugiarme para conversar con él en nuestro deficiente inglés y tratar de "entender" muchas cosas que no quería asimilar. Muchos meses me costó, lo confieso, abandonar la actitud de ver solamente lo "malo" que me rodeaba —como un pobre mecanismo de defensa— y comenzar a aprovechar lo bueno que se me ofrecía por todas partes.

Algo de lo bueno fue el movimiento psicosomático que entonces se hallaba en auge. Leí mucho y me entusiasmé enormemente, tanto más cuanto que lo que leía parecía cristalizar una serie de conceptos y actitudes que habían llenado mi vida siempre y que, vaga e inarticuladamente, había tratado de expresar desde hacía años.

Terminada mi estadía en Hartford, donde cumplí a cabalidad los dieciocho meses de la beca y seis más bajo un nuevo contrato con la categoría ya de Psiquiatra del Instituto, me decidí a abandonarlo, cerrando los ojos a la posibilidad de permanecer en él en la posición ventajosa y permanente que se me ofrecía. Empleé tres meses en recorrer centros importantes de la nación y ver lo que allí se hacía y cómo se hacía y volví para incorporarme al grupo de Flanders Dunbar de la Universidad de Columbia.

MS. ¿Cómo conoció a Flanders Dunbar? ¿Cómo fue el entrenamiento psicosomático?

AS. Mi interés por la medicina psicosomática me había llevado a buscar la oportunidad de conocer personalmente a quien consideraba la representante más importante del movimiento y de trabajar con ella.

Asistí a sus seminarios y discusiones clínicas y, cuando se presentó la oportunidad de pertenecer a su grupo de investigación, logré ser elegido para ocupar la vacante abierta. Me incorporé, pues, al profesorado de la Universidad de Columbia, de Nueva York, con el título de Research Associate in Psychiatry y comencé a trabajar en el Presbiterian Hospital.

Conseguí una habitación en la International House, en Riverside Drive, para vivir en la ciudad. La International House es una institución que ofrece alojamiento y alimentación a estudiantes de todo el mundo a precios muy cómodos, los que yo podía pagar. El habitar allí fue otra experiencia inolvidable. Conocí gente del orbe entero: asiáticos de tez obscura y modales para mí extraños, europeos de toda nacionalidad, africanos de lenguas incomprensibles y muchos latino-americanos. Conviví con todos tratando de acercarme a ellos y aprender de su vida y de sus actividades, de su pensar y sentir.

En el Presbiterian Hospital estaba incorporado a una sala donde se enseñaba Clínica Médica a los alumnos de la Universidad de Columbia y debía aportar el estudio de la dimensión psicológica de los pacientes. Tuve casos interesantísimos, algunos de los cuales me sirvieron luego como ilustración en mi libro publicado en Lima y me dieron la oportunidad de probar la importancia de los factores psicológicos y sociales en la determinación y evolución de las enfermedades.

Al mismo tiempo asistía a las discusiones del grupo de Flanders Dunbar y a todas las actividades que pudieron ampliar mis conocimientos o mi horizonte. Había obtenido que se me incorporara a los cursos y seminarios del Instituto Psicoanalítico de Nueva York y procuraba no faltar a ellos, al mismo tiempo que estaba relacionado con la cátedra de Psiquiatría, a cargo, entonces, de Nolan Lewis.

MS. Si todo marchaba a pedir de boca en la Universidad de Columbia, ¿no pensó en quedarse allí en definitiva?

AS. Pasé un año trabajando y estudiando y pensé que debía ya retornar a Lima. Añoraba muchísimo a mi familia; deseaba estar con mi hijo, del que me había separado cuando tenía pocos meses de nacido, y quería volver a mi patria. Me

decidí, pues, a rechazar otra oportunidad de quedarme en los Estados Unidos. Flanders Dunbar, en un gesto generoso, me permitía usar su consultorio y me derivaba los pacientes que ella no podía atender, lo que me hubiera asegurado un porvenir profesional. Tenía la carrera académica abierta en la Universidad de Columbia donde, aparte de mis labores de investigación y colaboración con la cátedra, fui parte del equipo que se formara para preparar en el aspecto psicosomático a los médicos del ejército de los Estados Unidos que, se recordará, se hallaba entonces en medio de la guerra y cuyos dirigentes habían comprendido la enorme importancia del enfoque médico integral. Las perspectivas eran tentadoras en todo sentido, pero pensé que, en cierta forma, me debía a mi patria y que tenía que regresar.

MS. ¿Cómo le fue a su regreso?

AS. Apenas llegado comprendí que nuestro Servicio de Psiquiatría, funcionando en un Hospital General, debería convertirse en el centro de la actividad psicosomática en el país. Me dediqué, pues, a conseguirlo.

No quiero describir todos los inconvenientes, las dificultades y las oposiciones encontradas que, por otra parte, eran de esperar. Creo, más bien, interesante referirme a los medios empleados para vencerlas: desde mi llegada se establecieron en nuestro Servicio las reuniones clínicas semanales, en las que se estudiaban y discutían ampliamente los casos. El Hospital tenía organizadas las inter-consultas, por medio de las cuales cada Servicio especializado pedía la colaboración de los demás ante cualquier problema que se presentara en un paciente a su cargo. Como consecuencia de las conferencias, los cursillos y las mesas redondas que organizamos, comenzaron a llegar tímidamente algunas consultas de los diferentes Departamentos del Hospital. La política adoptada fue la de no responder la consulta, sino solicitar al consultante que estuviera presente en la reunión clínica en la que se considerara su caso " a fin de asesorarnos en los aspectos que escapaban a nuestra especialidad". La mayor parte de las veces, los colegas no asistían, pero algunos se acercaban ante nuestra insistencia. Los hacía-

mos partícipes, entonces, de nuestros puntos de vista, señalando las posibilidades de consideración integral de cada caso, indicando los trabajos realizados al respecto y, sobre todo, las oportunidades de tratamiento. Creo que, poco a poco, fueron convenciéndose de que no se trataba de charlatanería ni exhibicionismo y de que, acaso, podría haber algo de cierto en esos puntos de vista. El hecho es que nuestras reuniones clínicas se fueron viendo cada vez más concurridas por colegas del hospital y de fuera de él y por estudiantes de medicina interesados en la labor que realizábamos.

MS. ¿Recuerda a algunos en particular?

AS. Tras corto tiempo, varios médicos jóvenes, de las más diversas especialidades se unieron a nosotros a explorar el aspecto psicosomático de su práctica profesional. Quiero recordar, entre ellos, a un tisiólogo: Néstor Acevedo; un dermatólogo: Juan Manrique, y un gastroenterólogo: Enrique Documet. Este último, estimulado por el Jefe del Servicio, Alfredo Calderón, que traía de los Estados Unidos el convencimiento del valor del nuevo enfoque, llegó a unirse a nuestro Servicio y trabajar en él durante dos años, para pasar luego al de Gastro-enterología.

MS. Aparte de lo que podría llamarse la "avanzada" clínica de la Medicina Psicosomática que acaba de referir, ¿qué otros puestos estratégicos instauró para que ésta se impusiera sobre la medicina conservadora?

AS. En 1946 fundamos el Centro de Estudios Psicosomáticos, que agrupó a todos los interesados en estos estudios y que constituyó el primero en Latinoamérica. En 1950 publicamos la revista *Estudios psicosomáticos*, que fue muy favorablemente recibida, pero tuvo que suspender su publicación por dificultades de la distribución internacional debidas a rígidos controles de cambio.

En 1947 publiqué la *Introducción a la Medicina Psicosomática*, obra cuyo propósito era presentar a los colegas no psiquiatras y a los estudiantes las bases de la concepción médica integral que propugnábamos.

MS. ¿Cuáles son las principales señales, los primeros indicios de que su labor de introducción de la Medicina Psicoso-

mática tenía una repercusión más allá de los linderos del Hospital Obrero, aparte de la difusión del libro mencionado?

AS. En 1949 una sesión plenaria de las Jornadas que organizó la Sociedad Peruana de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal fue dedicada al tema "La preparación psicosomática del médico práctico" y en 1950, en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, en París, leí un trabajo en la sesión dedicada a la Medicina Psicosomática.

El mismo año, en el Congreso Internacional de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, realizado en Santiago de Chile, se me encargó la ponencia en la sesión dedicada al mismo tema.

El trabajo insistente y dedicado daba frutos, reflejados, no solamente en nuestra América, sino fuera de ella. En 1949 tuve el honor de ser designado como miembro —el único fuera de los Estados Unidos entonces —del Comité Editorial de la revista *Psychosomatic Medicine* y, en 1955, elegido Vice-Presidente de la American Academy of Psychosomatic Medicine.

El movimiento psicosomático había sido lanzado y se había impuesto, no solamente en el Perú, sino en el resto de Latino América donde llegaban, no solamente nuestros trabajos y nuestra personal intervención en Congresos Internacionales, sino la acción de los jóvenes médicos que se habían formado con nosotros y que volvían a sus países de origen llevando el mensaje entusiasmado del grupo peruano.

MS. Yo conocí a algunos de ellos. Con el hondureño Mario Mendoza, y los argentinos Roberto Villalón y Luis Dragunski llegamos a ser buenos amigos. ¿Usted recuerda a todos?

AS. De los extranjeros debemos recordar, además, a los argentinos César Ottalagano, Enrique Luque, Ana María Zeno de Luque, Silvia Berman, Rafael Sorol, Héctor Warnes y Luis Vacaflor, el colombiano Hernán Saavedra, el dominicano José Patxot, el nicaragüense Julio Gutiérrez, y la brasileña María Helena de Souza e Silva.

MS. Muchos colegas, un tanto mayores que yo, siempre evocan, admirados, sus tersas clases, su impecable didáctica al enseñarles Medicina Psicosomática. ¿Es que llegó a enseñarse ese curso, con ese nombre, en la Facultad de Medicina?

AS. La actividad de nuestro grupo se reflejaba, no solamente en la asistencia y la investigación, sino en la enseñanza. Desde 1946, auspiciado por el entonces Decano de la Facultad de Medicina, doctor Sergio Bernales, comencé a dictar un curso de Semiología Psicosomática a los alumnos del tercer año, curso que tuvo gran aceptación y que continuó hasta 1951, fecha en la que, a pesar de los estudiantes, fue suprimido. En 1955, a pedido del Centro de Estudiantes de Medicina, fue dictado nuevamente, como curso libre.

MS. ¿No le inquieta que su nombre prácticamente haya sido reducido en la mentalidad de la mayoría de los médicos a "introductor de la Medicina Psicosomática en el Perú"?

AS. A mí me satisfizo inmensamente que ese movimiento, y el término "psicosomático" se identificaran con mi actividad; y la siguiente anécdota lo testimonia muy bien.

La oposición de la cátedra "oficial" se manifestaba clara y abiertamente y, cuando se trató de renovar los programas de enseñanza, no pudo prescindirse de incluir el aspecto psicosomático, que los alumnos mismos estaban exigiendo. Fue entonces que, ante la necesidad del capítulo correspondiente, uno de los profesores se opuso a que le titulara "psicosomático" y se le llamó "psicofisiológico"...

MS. Sí, hay palabras que llegan a tabuarse por ese mecanismo. Un poco como esas prohibiciones de "no pronunciar nunca más *ese nombre*", como las malas palabras, etc.

Incluso en 1960 se publicó un *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática* de 179 páginas. ¿Leyó eso?

AS. Por supuesto. Se trataba de un "enjuiciamiento" pasionista, basado en consideraciones teóricas, sin base alguna en la clínica y sin conocimiento de primera mano.

MS. ¿Qué piensa ahora de la Medicina Psicosomática?

AS. Como siempre ocurre, hoy la concepción integral de la medicina no es ninguna novedad. Pasadas las exageraciones del principio es una tendencia aceptada por todos (con variaciones de escuela) y, en nuestro país, los médicos ilustrados tienen en consideración sus hallazgos y los utilizan en su práctica diaria.

MS. Aparte de que debe de estar imbuido del espíritu de esa "concepción integral de la medicina", ¿cómo definiría usted al psiquiatra que el Perú necesita?

AS. El psiquiatra que el Perú necesita es uno que esté seriamente interesado en la realidad nuestra; que se preocupe con *nuestros* problemas y ofrezca soluciones posibles *para nosotros*. Desgraciadamente, la mayoría de los profesionales se han desinteresado de la investigación de esa realidad –iniciada, como investigación y no anecdotario, por Gutiérrez Noriega– y se interesan en aplicar teorías y técnicas europeas o norteamericanas. ¿Qué se enseña a nuestros psiquiatras acerca de la patología que padece el 90% de los peruanos no capitalinos o de la terapéutica a la que están sometidos? Las investigaciones realizadas son mínimas y es en ellas en las que debe basarse toda psiquiatría que pretenda ser realmente útil en nuestro pueblo.

MS. Usted dice: "Desgraciadamente, la mayoría de los profesionales... se interesan en aplicar teorías y técnicas europeas o norteamericanas". ¿Por qué lo dice?

AS. Me obliga a repetir lo que he dicho tanto y en todos los tonos. ¿En qué Universidad peruana se enseña la realidad de nuestra patología, o, mejor dicho, la realidad de nuestro hombre enfermo? Se enseña acerca de "la enfermedad", pero la enfermedad no es la misma, no puede serlo, en un banquero limeño que un minero oroyano o en un pastor puneño.

¿No es importante, tanto como la enfermedad misma, la vivencia de enfermedad en relación con la biografía, la sociología y la cultura del paciente? ¿Debemos siempre burlarnos del "susto" o del "daño", o tratar de comprenderlos? ¿Estamos en nuestro lugar cuando mandamos a la policía a perseguir curanderos, que son los únicos que atienden a la mayoría de nuestra población y lo hacen, la mayor parte de las veces, con una humanidad y una fraternidad, con un Eros terapéutico, completamente ignorados por el académico universitario?

MS. Sobre temas propiamente nuestros ya hay algo. Por ejemplo, sus trabajos sobre Psiquiatría folklórica y sobre el Síndrome Psicosomático de desadaptación; estudios sobre la perso-

nalidad básica del mestizo, de Rotondo; también sobre el "susto", de Sal y Rosas; sobre el "daño", de Mario Chiappe; el libro *Hampicamayoc*, de Valdivia; los diversos estudios sobre el criollo, de Alva; y algunos más. Con todo ese material ya se podría inaugurar la enseñanza de una psiquiatría más realista que la que se ha dado hasta ahora. Tenemos una mentalidad tan colonizada que todavía estamos pegados a los textos extranjeros o a los nacionales copiados de los extranjeros.

¿Por qué sucede esto? ¿Sólo es cuestión de tener el buen deseo de enseñar ese curso "nacionalizado" para resolver el problema? Imagínese un psiquiatra formado así. Se sentiría devaluado en comparación con los que tienen hecho el post-grado en Europa o los Estados Unidos. Y si no sintiera la devaluación psicológica, sentiría la devaluación económica.

AS. Usted me preguntó acerca del psiquiatra que deberíamos formar y ese fue el sentido de mi respuesta. Ella no sostiene, de ninguna manera, que no se enseñe la ciencia universal lo mejor que se pueda, sino que no se descuide nuestra realidad. Si bien hay algunos estudios aislados, muy pocos han sido hechos con una verdadera metodología y, por lo tanto, son anecdotarios más que verdaderas contribuciones científicas. He repetido todas las veces que me ha sido posible que es urgente e indispensable la creación en todas nuestras escuelas de Medicina de un Departamento de Medicina Folklórica en el que, en íntima colaboración, trabajaran, investigaran y enseñaran médicos, sociólogos, psicólogos, antropólogos y políticos.

El tema me da la oportunidad para manifestar otro de mis sueños. Creo que la psiquiatría ha evolucionado tanto que no existe ninguna obra que la presente como debería hacerlo en el momento actual. La mayoría de las que se publican son apenas refinamientos, mejores o peores, de las viejas psiquiatrías nosológicas. Para mí la psiquiatría ha dejado de ser el estudio de unas cuantas entidades, para convertirse en un intento de comprender al hombre que no ha podido mantener su equilibrio en su mundo. Pero ese mundo no está solamente en su cerebro, ni siquiera en su Ego o su mente, sino que, como lo sabemos cada vez más, en un mundo muy amplio, cu-

yas bases se asientan en la vida social y en la biología, de tal manera que lo que vemos es apenas el resultado de una serie de factores que actúan constantemente a diferentes niveles.

Si yo tuviera que escribir una psiquiatría hoy, abandonaría todos los moldes usados y trataría de presentar al hombre como el resultado multifactorial de influencias biológicas, psicológicas, sociales, culturales, económicas, filosóficas, etc. Sería, pues, una psiquiatría que comenzara estudiando el mundo físico y espiritual (llamémoslo de alguna manera) en que ese hombre se ha formado, mundo que constantemente influye en su vida y en su muerte, en su salud y en su enfermedad. Estudiaría las estructuras sociales, el nivel económico, el nivel antropológico, el nivel biológico (bio-químico y cibernético) y trataría de presentar todos estos factores, su influencia mutua y el cómo de sus desniveles y variantes que llegarán a determinar la patología. Estudiaría, naturalmente, y con detalle, la fenomenología del acontecer psicológico, pero también su dinámica: su dinámica biológica, su dinámica psicológica, su dinámica social, su dinámica económica, su dinámica cultural, para llegar a una concepción que tratara de comprender cómo el ser humano y su patología pueden ser entendidos solamente si consideramos todos estos factores en su interrelación y en su desajuste.

Como ve, es un proyecto ambicioso que no sé si los psiquiatras estamos aún en condiciones de emprender, pero que es la única manera de cristalizar todo lo que en la actualidad flota en el ambiente. Un esfuerzo de esa clase nos permitiría la colaboración fraternal con los científicos sociales y con los científicos naturales, obteniendo una verdadera síntesis de la concepción del hombre, que se halla hoy muy fragmentada.

Sé que todo esto es un sueño, pero son los sueños los que construyen los edificios más bellos, más altos y más fuertes de la humanidad.

el eros psicoterapéutico

MS. Según usted, "hay en el ejercicio de la medicina dos aspectos, a veces inseparables: el saber y el amor. Se puede saber mucho y llegar, por ese saber, a convertirse en un buen práctico; acaso en un curador exitoso. Si no hay amor, sin embargo, no se llega a ser médico".

En esta época plagada de aspirantes a ser curadores exitosos, antes que médicos, vale la pena hablar de la aplicación que usted da al término *amor* en el ejercicio de la medicina. Intuyo que llegará a eso respondiéndome a lo siguiente: ¿cuál es su libro favorito? O, si quiere usted, ¿cuál es su idea preferida? ¿Por qué?

AS. Creo que mi idea preferida es la del Eros psicoterapéutico, y, por lo tanto, mi libro favorito sería *Amor y psicoterapia.*

La segunda parte de la pregunta me obliga a adentrarme en la exploración de mi vida psicológica más auténtica. Yo debo ser un *Homo Eroticus.* Creo, y esta creencia ha impregnado todos los aspectos de mi teorización psiquiátrica y humana, que los valores esenciales en la vida son los afectivos; creo que no hay nada en el hombre que no se mueva por el afecto. Naturalmente que es ésta una idea esencialmente freudiana (sin entrar en el análisis histórico, que nos llevaría muy lejos en el tiempo), pero con la diferencia de que no creo que el

amor sea libido, por "inhibida en su fin" que se pretenda, sino algo diferente y más humano, tan humano que caracterizaría al hombre como tal. Creo en el amor por sobre todo y siento un cariño real por lo hermoso; sea una muchacha o un niño, o un animal o una flor.

MS. ¿Y qué es, para usted, el amor?

AS. He intentado definirlo en un libro, pero, tratando de sintetizar, diría que el amor es la capacidad de *apertura*. Amar es abandonar todas las defensas que la vida nos ha enseñado a usar frente a los otros seres humanos y abrirse a ellos, dejándolos penetrar en nuestro propio ser.

Y, he aquí, precisamente, una cosa que me lanza a un abismo: si creo eso, ¿está mi vida realmente impregnada de amor? Soy incapaz, completamente incapaz, de odiar, pero muchas veces me he preguntado si soy capaz de amar total y plenamente.

En contadas oportunidades —por supuesto que en mi juventud sobre todo— me he sentido envuelto por el sentimiento agridulce que suele tomarse por amor, pero me cuestiono constantemente acerca de la autenticidad de llamar a "eso", amor. Creo que el amor se halla muy lejos del entusiasmo, de la infatuación, del deseo y de la necesidad del otro, cualquiera que ésta sea; creo que se trata de una verdadera *comunión*, una cierta renuncia al Yo. Y ello es terrible, tan terrible, que he llegado a dudar si es siquiera posible. Quizás sea una manera de racionalizar el hecho de que no creo haber experimentado totalmente esa entrega el pensar que, no solamente no la he hallado en mí mismo, sino que no la he podido descubrir indubitablemente en nadie. Cuando he tratado de mirar de cerca los casos en los que parecía haberse presentado, me he encontrado, si no con patología, con otra serie de sentimientos e intereses que se descalifican como amor.

Podría argüirse que los psiquiatras sólo conocemos profundamente a los "enfermos", pero, ¿quién conoce profundamente a los "sanos"?

Es, pues, un espantoso dilema el pensar que el amor lo es todo y, al mismo tiempo, dudar de su existencia por haberlo hallado solamente en la literatura... en la buena literatura.

Acaso —valga la paradoja— los hombres no seamos aún lo suficientemente *humanos* para amar o, lo que es aún más posible, tal vez yo no sea lo suficientemente hombre para haber podido realizarme en ese sentido, a pesar de que quiero —y mucho— a mis semejantes, especialmente a mis enfermos.

MS. ¿Y *Thánatos*, doctor Seguin, el pobre *Thánatos*, no juega un papel importante en su vida, como en la de cualquier mortal? Hace poco se ha definido como *Homo Eroticus*, ¿eso quiere decir que *Thánatos* no tiene que ver nada con usted?

AS. Debo decirle, con un poco de vergüenza, que el odio no ha jugado ningún papel en mi vida. Creo que, aunque parezca mentira, no sé odiar. Por más que trato de hacerlo, no puedo recordar a ninguna persona a quien odie o haya odiado. Las acciones "odiosas" me producen una especie de pena, como si algo se hubiera perdido.

MS. ¿Qué hace usted entonces con su *Thánatos*? ¿Quiere decir que, si los disparos de éste no son hacia fuera lo son hacia dentro?

AS. Esta pregunta actualiza la vieja, y aún presente, polémica entre quienes, ateniéndose estrictamente a Freud, creen en el "instinto de muerte" y quienes consideran que la agresividad humana no es sino reactiva: un resultado de la frustración.

En ese sentido, recuerdo una frase de Ernst Fischer, filósofo y poeta austriaco:

"En ocasiones hay un odio justificado, un odio que nace de la ira provocada por la injusticia, el abuso de poder. Detrás de ese odio se encuentra el amor dolorido al prójimo [el énfasis es mío]. *Pero también hay un odio que es ajeno al amor. Ese odio, puramente negativo, sólo puede producir el mal".*

Quiere decir, pues, en la línea de mi pensamiento, que el "odio justificado" al que Fischer se refiere es reactivo a una frustración del amor.

No quiero entrar en la polémica, pero creo que, aparte de ella, cabe una distinción legítima entre odio y agresividad. Dijo una vez Ernst Bloch:

"El odio es pálido, encogido, cobarde, pestífero, encierra vapores de cerveza que pueden ser muy explosivos. La ira es abierta. No hace empalidecer, sino enrojecer. La ira olvida las precauciones a diferencia del desgraciado y encogido pequeño burgués nazi que adopta todas las precauciones. La ira no es oportunista; puede estallar repentinamente contra el interés propio y por ello tiene parentesco con cosas elevadas".

Se puede ser agresivo sin odiar y creo que ese es mi caso. Algunas veces me manifiesto agresivo, pero esa agresividad no se halla basada en odio alguno. Tanto es así que, como todo impulso (¿reactivo?) desaparece pronto, sin dejar más huellas que, acaso, un arrepentimiento.

Que esa agresividad se dirige a veces al propio Yo, es evidente. Hace años sufría de momentos con tinte depresivo, acompañados de auto-compasión. Ellos han desaparecido. Quizás porque el componente erótico ha dominado completamente al componente tanático o porque reacciono a las frustraciones más constructivamente.

MS. ¿No tendrá usted un miedo extraordinario a los sentimientos de culpa hasta el punto de negar, en cierta forma, la vigencia de *Thánatos* en el funcionamiento de su substrato psicológico más profundo?

AS. Cualquier cosa puede ocurrir en los recesos del ser. Me hallo muy lejos de creer que me conozco. Sería una presunción absurda para quien cree en el inconsciente y en los mecanismos de defensa. Lo único que puedo decir es que, en mi psicoanálisis, no llegó a aparecer nada de eso (lo que no quiere decir que no exista).

MS. ¿Y en el nivel consciente? Allí sí debe conocerse. Todos los que lo aprecian y admiran saben de sus virtudes. ¿No cree que también tienen el derecho de conocer sus defectos?

AS. Tengo muchos defectos. Naturalmente que, como todos, trato de no verlos y de echar la culpa a los demás de sus resultados. Sin embargo, me doy cuenta, precisamente, de que uno de los más graves es el ya señalado: no saber amar como yo hubiera querido, lo que significa que hay un egoísmo que no deja aflorar la renuncia unificadora del amor.

Creo también que soy vanidoso y orgulloso.

Soy sensual, apegado a los goces de los sentidos, especialmente a aquéllos relacionados con lo que los psicoanalistas llamarían la oralidad y genitalidad. Creo que en lo primero puede incluirse, no solamente el gusto por lo sabroso, especialmente si se trata de dulces, sino otras muchas manifestaciones orales y también mi adicción a la lectura, que es, obviamente, incorporación, en otro vector. Me "trago" los libros y los degusto.

Soy intolerante frente a la torpeza. No cuando ella es el resultado de limitaciones naturales, sino cuando proviene de irresponsabilidad, pereza, descuido.

Gozo en la playa del agua, de las olas y, por supuesto, del espectáculo. Soy, pues, espectacular y, como podría esperarse, "espectador". De allí mi gusto por el cine, el teatro, la pintura, etc.

Naturalmente, si me dejo llevar por mis racionalizaciones, convierto todos estos defectos en virtudes. "En realidad", no es que sea vanidoso, sino que no tengo falsa modestia; mi orgullo debe comprenderse como dignidad; mi sensualidad es, verdaderamente, sensibilidad y esa sensibilidad, cuando se refiere a lo espectacular, podría verse como afirmación de mí mismo y goce artístico. Pero, francamente, no siempre logro engañarme con tanta facilidad...

MS. Nunca faltó al Servicio de Psiquiatría y siempre llegaba en primer lugar todos los días. Es proverbial, además, que usted se retira de toda reunión a medianoche (exagerando, ni un minuto más ni un minuto menos). Asimismo, a todos sus compromisos llega a la hora en punto (o antes), a pesar de la impuntualidad ambiente. ¿Cómo explica ese rasgo?

AS. Creo que se trata de una puntualidad "anal", a pesar de que, por supuesto, pudiera explicarla como un respeto a los demás y a mis obligaciones o un sentido estricto de la responsabilidad, con lo que, acaso, estoy diciendo lo mismo.

MS. En realidad, estoy dando demasiadas vueltas para hacerle una pregunta que me está rondando desde hace un buen rato. ¿Cómo concilia usted ese su egoísmo confeso, "que no deja aflorar la renuncia unificadora del amor", con su quehacer

psicoterapéutico en el que, según usted también, el amor es el agente terapéutico básico?

AS. Muchas veces me he preguntado si mi Eros psicoterapéutico no es sino una manera de "abrirse", pero no del todo; de comprometerse a medias y no en la forma de apertura y compromiso que el verdadero amor impone.

Como comprenderá, ésta es una confesión dolorosa, que generalmente no me atrevo a hacerme ni a mí mismo.

MS. Toda confesión, si no es dolorosa, no es confesión. Podrá ser *confidencia en alta voz*, pero no confesión. Asimismo, toda confesión, si es hecha todos los días, no es confesión. Podrá ser costumbre de cuchichear trivialidades, pero no confesión.

Ahora bien, hablando con usted no se puede dejar de hablar, una y otra vez, ni del amor ni de la psicoterapia. Hablemos ahora, doctor Seguin, de esa inigualable aventura emocional e intelectual que es la psicoterapia.

AS. Es imposible hablar de la psicoterapia en el encuadre de una conversación informal, pero trataré de decir algo, ya que me he propuesto no dejar sin respuesta ninguna de sus preguntas.

Creo que la psicoterapia es una de las formas perfectas del acercamiento interhumano. Es un amor incondicionado (acaso el único), un amor indestructible (acaso el único), una forma suprema de "posibilitar" hombres (sin imponer dogmas, creencias ni direcciones).

Me refiero, naturalmente, a la verdadera psicoterapia, a la que está llena de amor y está libre de impurezas, de afán de usar al prójimo para resolver nuestros propios conflictos, llámense complejo de Dios, inmadurez emocional o instintiva, en todas sus formas, que son muchas, desgraciadamente, o, lo que es peor aún, de explotación. Ya he dicho alguna vez que el verdadero psicoterapeuta es aquél capaz de *abrirse* a su paciente así como pide que él se abra; de recibirlo en sí mismo y de ser su "compañero de camino" hasta que él pueda andar solo. Es, usando una palabra que me gusta, *posibilitar* hombres. ¿Puede haber algo mejor?

MS. ¿Y cómo hacer para que las otras formas del acercamiento interhumano valgan tanto como la psicoterapia, si pen-

samos en los que no son psicoterapeutas y en los que no están ni estuvieron ni tienen los medios económicos para estar en psicoterapia? ¿O es que todas esas bondades humanas que señala no solamente se reciben en el contexto de la psicoterapia?

AS. La forma más perfecta del acercamiento humano es el amor. La psicoterapia no es sino una forma de amor y, por lo tanto, participa de lo que el acercamiento amoroso significa. Todo ser necesita amor y, si lo encuentra y lo da, vive la realidad humana más honda. Lo que ocurre es que hay quienes se hallan privados de amor y, lo que es peor, impedidos de sentirlo. Para ellos no hay otro remedio que un encuentro con el Eros psicoterapéutico, única forma de "aprender a amar", porque sólo mediante el Eros psicoterapéutico se rompen los círculos viciosos que, durante su vida, les han impedido realizarse plenamente.

MS. Pero, ¿cómo cura el amor? ¿Cuál es el mecanismo de acción del Eros psicoterapéutico?

AS. Me lleva usted a repetir lo que creo haber dicho varias veces: el ser humano, desde sus primeros días, necesita amor, pero el verdadero, el amor incondicionado, no aquel otro que implícita o explícitamente, condiciona su acción: "Te quiero, si..."

Ese amor debe ser ofrecido, ante todo, por la madre. Si ella no lo siente y no lo vive así, incondicionado, las condiciones que pone implícitamente: "Te quiero, si eres obediente", "Te quiero si eres limpio", "Te quiero, si eres bueno" o, lo que es peor: "Te quiero, si eres bonito", "Te quiero, si eres inteligente", "Te quiero, si eres mejor que el hijo de la vecina", "Te quiero, si te pareces a los de mi familia"; todas estas condiciones obligan al niño, que de ninguna manera puede arriesgarse a perder el amor materno —sin el cual moriría— a no ser él, a no mostrar su cara, sino a cumplir con las exigencias de la madre; a usar una careta frente a ella y frente a todos. Prontamente, la careta se come la cara y no puede ser desprendida sin arrancar con ella la propia piel.

El niño crece, entonces, buscando en la vida alguien que lo quiera y sacrificando, para obtener ese cariño, su más autén-

tico Yo. Vive detrás de su careta. Lo peor es que, así como no cree que puedan amarlo sin condiciones, él mismo se halla incapacitado para dar amor sin condiciones.

Nunca ha pensado siquiera en quitarse la careta porque eso significaría, para su inconsciente, el ser rechazado y el perder el amor de los demás. Todo ello va llevándolo a una vida inauténtica que, dadas otras circunstancias, aflora como una neurosis o como una psicosis.

Si se somete a psicoterapia, por primera vez en su vida será amado sin condiciones (el Eros psicoterapéutico), aprenderá a vivir sin caretas y, de esa manera, a ser él. Es, pues, el amor incondicionado del psicoterapeuta el que le permitirá renacer a una vida auténtica y amar realmente. Decía en un artículo anterior: "sólo el amor es capaz de crear amor, sólo la autenticidad puede pretender autenticidad, sólo la humanidad encuentra, como respuesta, humanidad".

MS. Se refiere usted al Eros psicoterapéutico como a un "amor incondicionado" y muchos no convencidos me han replicado que no es tan incondicionado, puesto que pone una condición rígida: "Te quiero, si me pagas las consultas".

AS. Es una objeción que he oído muchas veces y que se basa en un equívoco: no debe confundirse el amor con el tratamiento. Si un paciente que ha establecido ya la relación con el terapeuta, por alguna razón u otra, no puede pagarle, se presentan dos posibilidades: o que el psicoterapeuta lo siga atendiendo, aunque no le pague (lo que ocurre muy a menudo) o que el tratamiento sea suspendido. Esto último no significa que el terapeuta deje de amar a su paciente; significa que deja de tratarlo, pero sigue amándolo. No son dos cosas inseparables y definitivas. En pro de la claridad, vaya este ejemplo: en un matrimonio, el marido puede amar a su mujer incondicionalmente, pero eso no significa que deje su trabajo y todas sus obligaciones para estar permanentemente con ella, a riesgo de que los dos se mueran de hambre. Lo que está condicionado en este caso es el tiempo de su compañía, no su amor. Lo propio ocurre en la psicoterapia: el terapeuta limitará o suspenderá sus contactos (pero no su amor) porque, si no lo hi-

ciera, correría el riesgo de terminar muriéndose de hambre. Una cosa es, pues, el amor mismo y otra el marco en el que el proceso curativo (que no es sino un aspecto del amor) se aplica. Aun con la suspensión del tratamiento, el Eros no desaparece y no tiene por qué desaparecer. El pago es una condición (cuando lo es) para el tratamiento, pero no *para el amor.*

MS. ¡Quién puede negar la enorme importancia que tiene el Eros psicoterapéutico en ese cambio radical del amor condicionado y rector de la vida de quien sufre y hace sufrir excesivamente, en el amor incondicionado que regirá en lo sucesivo su existencia! Pero, ¿basta ese cambio para que cambie todo lo demás (miedos, conflictos, penas, desesperanzas y recelos)?

AS. Lo que he estado tratando de decir es, precisamente, que esos miedos, conflictos, penas, desesperanzas y recelos son humanos y todos los tenemos y los "metabolizamos". Cuando no podemos hacerlo, aflora la patología.

Un hombre que ame incondicionalmente no por ello dejará de ser hombre ni de sentir como hombre. Lo que obtendrá es no buscarse él mismo su desgracia y el saber afrontar las que la vida le presenta sin resabios perturbadores.

MS. ¿No cree que en algún momento, en el futuro, la psicoterapia no significará nada para la humanidad, o tal vez sea apenas el bello fósil del instrumento que los hombres del siglo XX utilizaban para remediar lo que ellos mismos malograban?

AS. En cuanto al futuro de la psicoterapia, me ha hecho recordar que, hace unos años, fui invitado a un Congreso Internacional para tomar parte en un *symposium* que se refería a lo que podría ser la psicoterapia en 1999. Ya que no publiqué mi intervención, hela aquí. Decía:

La primera reacción a propósito de la psicoterapia en 1999 es, por supuesto, el emprender un ejercicio de ciencia-ficción: cerebros electrónicos accionados apretando botones y que nos ofrecen todas las respuestas; influencias sobre el inconsciente durante el sueño; acaso la transmisión de poderosos estímulos a través de satélites; condicionamiento y recondicionamiento automáticos; píldoras de ácido desoxirribonucleico con instruccio-

nes celulares programadas; modificaciones enzimáticas del "metabolismo de los sentimientos" y, por qué no, la intervención de algún amigo sideral para corregir los extravíos de nuestras pobres emociones terrenales. Existe aún la tentación de creer que, en 1999 ya no habrá más emociones, y que el hombre, viviendo en una permanente bienaventuranza, no necesitará ninguna clase de psicoterapia.

No soy escritor de ciencia-ficción y quiero dirigir mi pensamiento por otros caminos.

Creo que el hombre es esencialmente una criatura emocional y estaría listo a aceptar que algo parecido a lo que los existencialistas llaman angustia es el motor de la existencia, pero creo también que, al lado de la angustia o por sobre ella, la razón de ser de la vida humana es el amor. El hombre vive, por el amor y en el amor. Desde su más temprana infancia —cuando la falta de amor significa la muerte— a lo largo de los estadios de la niñez, la adolescencia y la madurez, el amor, en sus diferentes formas y variedades, es su necesidad más urgente, su alimento indispensable. Cuando se halla emocionalmente enfermo, es una forma especial de amor la que lo cura, como he tratado repetidamente de probarlo. Es el Eros psicoterapéutico, *el amor incondicionado del psicoterapeuta, la poderosa medicina para su agitada existencia.*

Me pregunto ahora: ¿cómo será el amor en 1999? Si se me permite indulgir en una fantasía algo pesimista, diría que la *vida familiar será para entonces algo que se estudiaría desde el punto de vista histórico; el estar enamorado, objeto de una especulación retrospectiva en bioquímica y acaso un síntoma de alteración mental; no habrá tiempo ni oportunidad para ninguna clase de amistad. El amor se habrá extinguido como el hambre y la sed... ¿O no? El hombre, perdido en el mundo de sus actividades y diversiones, embebido acaso en alguna forma de "juego de abalorios" hessiano o inmerso en una condición de ensueño psicodélico, no será feliz. Los mejores individuos sentirán el vacío afectivo de sus vidas y se enfermarán. Se enfermarán con una forma de transtorno que no podrá ser curado por medio de drogas, ni siquiera con influencias electró-*

nicas sobre los más profundos recesos de su cerebro. Necesitarán amor, amor humano, amor como comunicación auténtica con sus prójimos. Necesitarán la más noble, no egoísta, menos condicionada forma de amor, la que puede solamente ser ofrecida por la verdadera psicoterapia.

La psicoterapia será, en 1999, un diálogo entre los mejores representantes de la raza humana y serán los psicoterapeutas quienes sabrán cómo salvar la esencia de lo humano para la humanidad: la capacidad de amar.

Como usted ve, ya entonces yo seguía, tozudamente, mi "carretera marginal" en la que tendrán que enterrarme... espero que con amor.

MS. Con amor incondicionado...

filiación del eros psicoterapéutico

MS. Uno de los supuestos tópicos de la metodología histórica —dice Ortega y Gasset— es éste:

"... el historiador tiene que buscar a toda idea surgida en una cierta fecha su fuente, es decir, otra idea surgida en alguna fecha anterior. Esto significa rigurosamente buscar la influencia directa, precisa e incuestionable de un individuo —por sí o por su obra— sobre otro individuo. Este es un principio regulativo de fortaleza inexpugnable y representa la condición de posibilidad de una ciencia histórica. En las mentes de los hombres no hay ideas espurias, súbitas, sin filiación ni precedentes. La historia es perfecta continuidad... Intente el lector imaginar una idea suya que no venga de *otra y que no* vaya a *otra, que no desemboque en otra. Por eso es esencial a toda idea tener fuente y desembocadura, imágenes hidráulicas de firme validez".*

¿Qué piensa de lo dicho con relación a su idea del Eros psicoterapéutico? ¿Cuál es su fuente? No hablemos de su desembocadura, que ya Medard Boss lo hizo.

AS. Creo que nació de la consideración del "eros pedagógico" de los griegos y su comparación con lo que el psicoterapeuta sentía.

MS. Considero demasiado importante lo que acaba de decir para dedicarle apenas dos párrafos.

AS. Si me obliga a profundizar el análisis, quizás pudiera decirle que, desde hacía mucho tiempo, me intrigaba y me preocupaba el comprender el sentimiento que tenía hacia mis

pacientes. No era compasión, ni identificación, ni amistad solamente. Notaba un componente que hubiera podido calificarse de amoroso. Creo que lo han sentido todos los psicoterapeutas auténticos.

Leyendo lo que se publicaba al respecto, me fui dando cuenta de que no se llegaba, o no se quería llegar, a la comprensión de que lo que sentía el psicoterapeuta hacia su paciente era amor. Había miedo de pronunciar o escribir la palabra por las connotaciones que arrastraba.

Por entonces leía mucho a Platón y me intrigaba el Eros pedagógico griego, lo que me llevó a pensar en la existencia del Eros psicoterapéutico. Me dediqué a estudiarlo fenomenológicamente para ver si podría ser distinguido claramente de las otras formas de amor. El resultado de ese estudio está en *Amor y psicoterapia*. Cada día estoy más convencido de que lo que el psicoterapeuta, el verdadero psicoterapeuta, siente hacia sus pacientes es amor, pero una forma de amor muy especial, diferente de todas las demás, lo que quiere decir –y creo no haber recalcado esto suficientemente– que la psicoterapia ha descubierto una forma de amor hasta su nacimiento desconocida, lo que, por supuesto, le confiere una importancia única. Precisamente "Una nueva forma de amor" fue el encabezamiento del artículo que un diario de Londres publicó a raíz de mi presentación del tema en el Congreso Mundial de Psicoterapia allí realizado.

MS. El miedo y la malicia constituyen el meollo de los principales prejuicios que existen en relación con el amor, en general, y particularmente respecto al sexo. Han sido también los principales obstáculos para que se tardara tanto de descubrir el sentimiento *sui géneris* que estamos viendo. Había que comenzar por vencer una primera enorme resistencia: la de llamar a las cosas por su nombre, en este caso, *Eros psicoterapéutico*. Como usted dice, "había miedo de pronunciar o escribir la palabra por las connotaciones que arrastraba". Y bien: ¿por qué? Por la malicia. ¿Pero malicia de quién o de quiénes? Pues nada menos que de muchos psiquiatras. Uno de ellos, tan conocido como tonto, Emilio Mira y López, dice:

"No hay duda que el escenario en que se desarrollan las sesiones psicoanalíticas es propicio para la reactivación del deseo sexual, tanto de uno como de otro miembro del par, principalmente si éste es formado por personas de sexo opuesto, mas hasta cierto punto, el psicoanálisis es nítidamente inmoral pues hace todo lo necesario para favorecer esa transferencia *y luego afirma que ésta puede ser liquidada, cuando ya resulta inútil, terapéuticamente hablando. Cabe aquí preguntar: ¿hasta qué punto –dada la propia violencia y superioridad de los impulsos sobre la razón, que proclama Freud– el médico psicoanalista es capaz de repetir la hazaña de un casto José después de haber sido un Adonis?"*

¿Qué pensar de esta mentecatada calumniosa? ¿Se acentuará por ella cierta sospecha que tradicionalmente pesa sobre los médicos como aprovechadores sexuales? No lo creo. Pero sí juzgo vituperable que Mira y López –y de ahí su tontería– no tome en cuenta que todos los médicos sabemos que no son todos, sino unos cuantos, los que convierten sus consultorios en *consultíbulos,* y que, de esos cuantos, los más son precisamente los que menos tienen que ver con el psicoanálisis, por razones obvias, aunque no tan obvias para los que conocen de transferencia erótica sólo lo que don Emilio, vale decir, su lado estupefaciente.

¿Qué dice a todo esto, doctor Seguin?

AS. El párrafo de Mira y López que usted cita muestra tanta ignorancia que no vale la pena recordarlo si no es, como usted lo hace, para referirse a la tan traída y llevada cuestión de las relaciones psicoterapeuta-paciente y sus posibles derivaciones sexuales.

Ante todo es bueno recalcar que la transferencia –es decir, el traslado de sentimientos que experimentamos hacia figuras emocionalmente importantes de nuestra infancia a otras figuras de nuestro presente que, por alguna razón, evocan las primeras– es un fenómeno existente en toda relación humana. Uno de los méritos de Freud fue el reconocerla y apreciarla por lo que significa y vale. Antes de él, y después, los seres huma-

nos transferimos constantemente, sin comprenderlo. Pruebas claras nos las dan las reacciones afectivas, que parecen repetirse constantemente, frente a determinadas figuras de nuestro ambiente vital. De muy común observación es la tendencia, por ejemplo, de ciertos individuos a colocar a todas las mujeres en situación de madres y solicitar de ellas —no con palabras, sino, más bien, con actitudes— un trato maternal.

Debe recordarse también que la transferencia puede ser negativa, es decir, que se transfieran sentimientos de hostilidad. odio o animadversión y no solamente sentimientos eróticos. Es el caso, también muy común, de aquellos hombres que muestran oposición y pugnacidad frente a cualquier figura de autoridad durante toda su vida.

Que el fenómeno de la transferencia es común y universal puede probarse diaria y constantemente. *Lo trágico ocurre cuando lo desconocemos y no somos conscientes de sus consecuencias.* Cuando creemos, más ignorante que ingenuamente, que los sentimientos que suscitamos a nuestro alrededor se deben, si son eróticos, a "nuestra linda cara" y, si son hostiles, a la maldad del otro.

Ejemplos del primer caso se ven, no solamente en psiquiatras impreparados, sino en todos los profesionales que resucitan emociones infantiles de dependencia y sumisión, afines al complejo de Edipo. Son bien conocidos en los casos de ginecólogos, obstetras y dentistas. En otras profesiones, basta nombrar a los abogados. Lo que ocurre es que todos ellos desconocen el fenómeno en su real significado y, o le temen y huyen, o lo aprovechan egoísta y bastardamente. De ahí que son, precisamente, los psicoanalistas y todos los psicoterapeutas bien preparados los que se hallan en mejores condiciones para conocer el fenómeno, apreciarlo en sus dimensiones justas y obrar en consecuencia, ayudando a sus pacientes a comprenderlo y a superarlo.

Que haya médicos, abogados y dentistas, o cualesquiera otros profesionales, que aprovechen torcida y burdamente el fenómeno transferencial, muestra solamente su crasa ignorancia y su deshonestidad. Y, si hay escritores que se expresan de la

manera por usted señalada, tenemos derecho a preguntarnos si no entran en la colada.

MS. Lo que sí hay que reconocer es que, en algunos casos, hay que tener los frenos bien revisados y bien compuestos como para soportar esa atmósfera erotizante que, si el profesional no propicia por haber *trabajado* sus propias transferencias, más de una paciente sí la carga. Supongamos que dicho profesional haya tenido a lo largo de su larga carrera diez pacientes, digamos, equivalentes o parecidas a una Romy Schneider o una Laura Antonelli, ¿no es como para haber puesto a prueba toda su capacidad sublimatoria?

¿Y por qué, entre las múltiples raíces del Eros psicoterapéutico, no puede estar la raíz proveniente de todos esos rescoldos de la sublimación?

AS. Hay muchas razones —ya ampliamente revisadas por Freud mismo— para que el psicoterapeuta no se deje llevar por sus impulsos, más o menos primitivos, en su relación con sus pacientes.

Ante todo, ciertas consideraciones que el psicoterapeuta bien preparado debe hacerse: todo "amor de transferencia" está formado por elementos que nada o muy poco tienen que ver con la situación actual y, por lo tanto, no se refiere a ella. Es fácil descubrir también cómo ese "amor" es una forma de resistencia al tratamiento mismo: permite a la paciente impedir cualquier intento de penetrar en su problemática, al entretenerse y entretener al psicoterapeuta, con escarceos amorosos. Ello, visto desde el comienzo por Freud, está probado hasta el cansancio por los casos en los que algún terapeuta inexperto se ha dejado resbalar por la pendiente. La enferma ya no puede ser tratada y no podrá serlo más. Se ha escapado, por medio de ese "truco", de la situación.

Pero si estas razones, y las poderosísimas de la ética ya presentes en el juramento hipocrático, no bastaran, todo psicoterapeuta debe saber que, si se deja llevar a una aventura, ese camino lo conducirá, indefectiblemente, a más desilusiones y complicaciones que placeres. Su relación con la paciente no podrá ser nunca una verdadera relación afectiva o sexual, sino

una reactivación de los síntomas neuróticos de la enferma, que los vivirá con él de la forma más comprometedora y frustrante. Terminará sintiéndose, no solamente fracasado como psicoterapeuta, sino dolorosa y vergonzosamente fracasado como hombre y como amante. Habrá hundido más a su paciente en la neurosis y se habrá hundido él en la frustración y la mala conciencia. No creo que ninguna Romy Schneider ni Laura Antonelli valgan tanto.

En cuanto a la última parte de su pregunta, ya he estudiado antes las características que singularizan el Eros psicoterapéutico. No podría repetirlas ahora. Repetiré, sí, la imagen que he usado mucho: el terapeuta se halla en el filo de una navaja, con el peligro de caer a un lado u otro en cualquier momento. Si cae, ha renunciado al verdadero Eros psicoterapéutico y se ha dejado llevar por otras formas de amor que, fenomenológicamente, son diferentes.

MS. En esta indagación de los antecedentes del Eros psicoterapéutico, ya es hora de virar de los dominios personales a los extrapersonales.

Creo que entre todos los psicoanalistas, entre ellos los freudianos de la primera hora, quien estuvo más cerca del descubrimiento del Eros psicoterapéutico fue Sandor Ferenczi. Quien realice un estudio exhaustivo de los antecedentes históricos del Eros psicoterapéutico tiene que seguir esa interesante pista. Puede llegar a algo más interesante aún: de haber pertenecido usted al grupo de los íntimos de Freud, también hubiera roto lanzas con el maestro, o más precisamente, éste le hubiera acusado de estar queriendo crear "un nuevo análisis oposicional". Eso puede deducirse de la siguiente aseveración de Erich Fromm:

"¿Cuál era la esencia de la diferencia entre Freud y Ferenczi? Ferenczi se había impresionado mucho por la importancia de la falta de afecto parental, y creyó que para curarse el paciente necesitaba algo más que 'interpretaciones', que necesitaba la clase de amor materno que le había sido negado cuando niño. En su actitud ante el paciente, Ferenczi dejó la de un observador frío e impersonal para tomar la actitud de un ser huma-

no afectuoso y participante, y se sintió sumamente entusiasmado por los resultados terapéuticos de la nueva actitud".

¿No habrá tenido algo que ver la actitud de Freud frente a Ferenczi para que en éste no llegara a término la gestación del Eros psicoterapéutico?

AS. La pregunta es realmente interesante y me obliga a sondear en los parentescos del Eros psicoterapéutico.

Debo decir, ante todo, que conocí las concepciones de Ferenczi algún tiempo después de haber escrito *Amor y psicoterapia,* pero que hallé en ellas mucho de lo que yo creía haber descubierto. Efectivamente, Ferenczi vio la necesidad de relacionarse con el paciente en una forma positiva y afectuosa. En cuanto a la posición de Freud, no fue tan castradora como se supone. Freud quería a Ferenczi como a un hijo (lo manifestó con esas palabras en varias ocasiones) y lo trataba paternalmente. Los hallazgos de éste, manifiestos en los últimos años de su vida, recibieron del maestro una acogida, si no positiva, podríamos decir que resignada. Ya con anterioridad, en 1924, Ferenczi, luego de leer un trabajo que le pareció que no agradaría del todo al maestro, le escribió asegurándole que nunca ni siquiera soñaría en apartarse de la línea freudiana, a lo que Freud respondió, en una carta fechada el 24 de febrero de 1924, con estas palabras, que no me resisto a reproducir:

"En lo que se refiere a su propósito de mantenerse completamente de acuerdo conmigo, lo atesoro como una expresión de su amistad, pero no considero esa meta ni necesaria, ni fácilmente alcanzable. Sé que no soy muy accesible y que hallo difícil el asimilar pensamientos ajenos que no caen precisamente en mi línea. Necesito bastante tiempo para alcanzar un juicio sobre ellos ,de modo que, en el intervalo, debo suspender todo juicio. Si tuviera usted que esperar tanto cada vez, ello sería el fin de su productividad. Y eso no marcha, de ninguna manera. Que usted o Rank, en sus vuelos independientes, lleguen a abandonar el campo del psicoanálisis, me parece impensable. ¿Por qué, pues, no les asistiría el derecho, si las cosas no van tal como lo desearían, de intentar otras? Si se equivo-

ca al hacerlo, ya lo hallará usted mismo, pronto o tarde, o yo me tomaré la libertad de señalárselo en cuanto esté seguro de ello".

Más adelante, el 13 de diciembre de 1931, en otra carta, Freud se halla ya frente al hecho de que Ferenczi propugnaba un "análisis activo", le dice:

"He gozado leyendo su carta, como lo hago siempre, pero no tanto por su contenido. Si hasta ahora no ha sido capaz de cambiar de actitud, es muy difícil que la cambie luego..."

Se refiere, a continuación, largamente, a un detalle que Ferenczi le había comunicado: que besaba y aceptaba besos de sus pacientes. Freud le asegura que "no es por gazmoñería ni consideración hacia las convenciones burguesas", sino por consideraciones realistas, que rechaza tales prácticas. Le hace ver que, si se empieza por un besito, no se sabe cuándo se detendrá, sobre todo en el caso de los jóvenes colegas, de tal manera que "muy pronto aceptaremos en la técnica del psicoanlisis todo el repertorio de la semi-virginidad y de las reuniones de "pachamanca" [disculpe usted al traductor el criollismo], lo que resultaría en un enorme aumento del interés por el psicoanálisis entre analistas y pacientes..."

Como ve, los comentarios de Freud, son, más bien, humorísticos, aunque ese tono tenga, en el fondo, un sabor a hostilidad reprimida.

Ahora bien: en cuanto a la esencia del asunto, quiero señalar algunos puntos interesantes de la relación entre las ideas de Ferenczi y el Eros psicoterapéutico.

Ante todo, lo que Ferenczi trató de realizar es una revolución técnica, que tiene mucho que ver con otra posterior, que lleva el asunto a sus últimas consecuencias: el grito primario *(primal scream)* de Yanov. Pero las modificaciones de Ferenczi presentan algunas diferencias con el Eros psicoterapéutico: en primer lugar, se trata de cambios de la técnica y no de discrepancias con el núcleo de la teoría psicoanalítica; en segundo lugar, no define, en ningún momento, a qué clase de "amor"

se refiere. Habla, más bien, de contratransferencia; y, por último, tiene que ver, directamente, con una reproducción del amor *parental.*

El Eros psicoterapéutico no pretende una modificación de la técnica ortodoxa, sino un concepto de la relación médico-paciente completamente distinto del modelo psicoanalítico. El Eros psicoterapéutico parte de una teoría del amor como diferente del sexo y define muy claramente los distintos amores que el hombre experimenta. No trata, pues, y más bien evita, toda relación parental con el paciente. En otras palabras, Ferenczi pretendía únicamente, dentro del marco psicoanalítico, hacer el tratamiento más activo, reviviendo situaciones infantiles; el Eros psicoterapéutico pretende distinguir un amor fenomenológicamente aparte, que no tiene que ver con el amor materno como tal, sino más bien con el amor incondicionado que el hombre necesita. El Eros psicoterapéutico es —y ello constituye, acaso, lo más importante— *una nueva clase de amor,* no conocida hasta el nacimiento de la psicoterapia.

Pienso que la ventaja del Eros psicoterapéutico sobre los otros amores está, fundamentalmente, en que no llega a la unión total y permanente, evitando así la *con-fusión* y preservando, por lo tanto, la individualidad.

El tópico del amor incondicionado me lleva a otro autor con cuyas ideas, que conocí también posteriormente, pueden hallarse coincidencias: Carl Rogers. En su constante estudio de la relación psicoterapéutica comenzó tratando de analizarla en un plano completamente intelectual. Realizó experimentos en los cuales intentaba averiguar el factor o los factores que concurrían a hacer esa relación psicoterapéuticamente fructífera. Poco a poco fue dándose cuenta de que había otra cosa y terminó postulando la necesidad de que el terapeuta ofreciera algo más que "participación completa con las comunicaciones del paciente" o "comprensión de los sentimientos del paciente". Tuvo que reconocer que existían sentimientos que los ligaban. No quiso, o no pudo, llegar a llamarlos amor y acuñó el término: *unconditional positive regard.* La palabra *regard* es muy difícil de traducir al castellano. Deriva del francés *regarder,*

de *garder*, guardar, cuidar, y tiene un significado polivalente; desde "poner atención" hasta "cuidar, respetar, estimar". De todas maneras, se halla prudentemente lejos de *amar*, con todas las implicaciones que ese término tiene. El terapeuta debe, pues, sentir, según Rogers "unconditional positive regard" por su cliente, con todo lo indefinido que dicha expresión lleva consigo. La teoría del Eros psicoterapéutico propone, directamente, que el sentimiento que aquel tiene por éste es amor, si bien una forma especial de amor que he tratado de diferenciar fenomenológicamente de los otros amores: especialmente del amor maternal y del amor de amantes, pero que no deja, de ninguna manera, de ser amor.

Terminaré esta parrafada diciendo que, si bien tanto Ferenczi como Rogers se aproximaron al concepto, el del Eros psicoterapéutico tiene características distintivas muy precisas y que deben siempre ser tomadas en cuenta.

Quiero tocar aquí otro asunto que usted planteó antes: si no se trata de una sublimación. La respuesta es que, si creemos que el amor, de acuerdo con el concepto psicoanalítico, no es otra cosa que libido inhibida en su fin, indudablemente, cualquier sentimiento amoroso se clasifica inmediatamente de la misma manera y podría hablarse de sublimación, aunque un poco forzadamente.

Si, por el contrario, somos capaces de distinguir claramente sexo de amor (como lo he tratado de hacer en mi libro sobre el tema), podemos comprender que se trata de un amor que vale por sí mismo aunque pueda hallarse, como todos los amores, más o menos coloreado de sexo.

MS. Sólo quien ignora la infinita frondosidad del árbol genealógico de las ideas podría regatear méritos a un descubrimiento por el hecho de existir un par de atisbos previos que más o menos se le emparientan. Uno de los *hobbies* favoritos, por ejemplo, de los detractores de Freud es encontrarle antecedentes a su idea del Inconsciente. Y los seguirán encontrando por cierto, aunque el descubrimiento del Inconsciente tendrá por siempre jamás la marca freudiana. Lo mismo puede decirse sobre su teoría del Eros psicoterapéutico. Además, aquello

de lo *incondicionado,* ¿acaso viene sólo desde Rogers? Quien lo crea así que repare en esta frase de Rousseau de 1762: "lo que le concedáis [al niño], concedédselo a la primera palabra que diga, sin importunidades, sin ruegos y, más que todo, sin condiciones". (*Emilio o la Educación.* Madrid, Daniel Jorro, 1916, tomo I, página 104).

En fin, me alegra que hayamos precisado las características del Eros psicoterapéutico, ahora que ha entrado de moda, aun en los predicadorcitos de televisión, el hablar del Amor so pretexto de dar consejos de una crasa banalidad.

Como una contribución más al tema ,quiero reproducir unos párrafos de Miller. Estos sí se refieren directamente al asunto. Dice Miller:

"*En este punto creo importante mencionar el hecho de que la* ciencia *acaba de descubrir la eficacia, la eficacia terapéutica, del Amor. Los suplementos dominicales están repletos de temas así. Al parecer este es el gran descubriniento del siglo, después de la dianética, los platos voladores y la cibernética. El hecho de que hasta los psiquiatras reconozcan ahora la validez del amor, imparte un sello de aprobación que (al parecer) Jesucristo,* La Luz del Mundo, *no consiguió proveer*".

AS. Le aseguro que siempre me ha llamado la atención el que los autores no se hayan referido claramente a algo que parece tan obvio. Creo que ello se debió, como le decía, al temor a hablar de amor en ese contexto. Es que el pobre amor ha sido siempre tan confundido con el sexo y el sexo, desde hace siglos, vilipendiado y satanizado tanto, que hablar de amor hacia un paciente sonaba como obscenidad...

MS. Hay cosas que parecen obvias y, justamente por eso, por parecerlo, la gente no se percata de ellas. Hay también mucha escasez de imaginación entre nuestros científicos y, sobre todo, hay un *científico* miedo a decir cosas que no sean científicas. Usted muy bien sabe que a lo de Freud se le ha llamado, despectivamente, "mitología científica". Si los quisquillosos idólatras de la ciencia supieran de verdad solamente mitología creo que comenzarían a ver que lo aparentemente ob-

vio esconde más de una digna sorpresa. Además, no darían la impresión de usar "anticonceptivos intelectuales", como que nada crean, ni transforman...

Y no sólo porque la mitología sería un exacto despertador de imaginaciones, sino porque hay media psiquiatría en ella, cabe preguntarse por qué no ha sido incluida hasta ahora como curso en la formación del psiquiatra.

AS. Indudablemente el conocer mitología sería la mejor introducción a cualquier ciencia del hombre. No se enseña por el mismo motivo que no se enseña nada que se salga de los moldes "científicos". Existe aún el prejuicio contra lo más auténticamente humano: la fantasía y, sobre todo, el aflorar del inconsciente venciendo los marcos del "saber científico". Tanto nos ha dado la "ciencia" que le hemos entregado nuestra primogenitura por un plato de lentejas.

a cada cual, lo suyo

MS. No puede faltar en esta conversación el tópico de si los psicólogos están facultados o no para hacer psicoterapia. Claro, es el aspecto legalista del asunto porque, en realidad, lo que pasa entre las cuatro paredes de un consultorio solamente lo pueden decir el consultante (todo ingenuidad, en este terreno) y el profesional (todo responsabilidad, como debería ser).

AS. Debo confesar que mi opinión ha variado a lo largo de los años. Al comienzo sostenía que los psicólogos no deberían hacer psicoterapia porque, al no conocer medicina, estaban muy limitados y podrían equivocarse malamente en un diagnóstico y errar, por lo tanto, en un tratamiento.

Poco a poco he ido viendo que los médicos capacitados para hacer psicoterapia son muy pocos y grandes las necesidades de los pacientes; que, quiérase o no, los psicólogos hacen psicoterapia y, a veces, a pesar de su deficiente preparación entre nosotros, la hacen bien. Considerando, pues, todos los factores, opino ahora que la enorme legión de psicólogos que salen de nuestras universidades, en su mayoría muchachos y muchachas con mayor motivación e inclinación para ver los factores psicológicos que nuestros psiquiatras (formados, como médicos, en la más cruda escuela materialista y muy deficientemente en las disciplinas psicológicas, salvo honrosas excepciones, valga el lugar común); esos psicólogos, decía, poseen condiciones que deben cultivarse con una buena preparación que los capacite para convertirse en verdaderos psicoterapeutas. Y digo buena

preparación porque la que hoy tienen no lo es, y por eso son víctimas fáciles de cualquier moda.

Creo que, estando las cosas como están en la actualidad, la falta de reconocimiento oficial del psicólogo como psicoterapeuta lo conduce a una formación deficiente o unilateralizada y al ejercicio ilegal. Creo que debemos, definitivamente, incorporarlos a la psicoterapia, reglamentando, por supuesto, ese ejercicio de manera que haya una verdadera selección vocacional y de capacitación. Creo también que debe fomentarse una estrecha colaboración entre el psicólogo y el psiquiatra, colaboración indispensable, sin la cual el primero se ve obligado a ejercer sin poder apoyarse en el conocimiento médico, con lo que estaría descuidando un aspecto humano cuya ignorancia puede tener graves consecuencias.

He aprendido a respetar la verdadera vocación de psicoterapeuta de muchos psicólogos, que no tienen estragada su capacidad de acercamiento humano como los médicos, y que, más que muchos de ellos, poseen la potencialidad de poner en función un Eros psicoterapéutico, condición indispensable, como tantas veces he dicho, para hacer verdadera psicoterapia y sin el cual no hay médico ni psiquiatra que pueda realizarla.

MS. Por lo que a usted siempre le he escuchado decir y por lo que hasta ahora viene diciendo en esta conversación, el "psiquiatra verdadero" (no el recetador) es el que hace psicoterapia (la verdadera también). Dicho de otro modo, *la acción que más identifica al psiquiatra* es la psicoterapia. Si es así, ¿cómo está a favor de que los psicólogos realicen psicoterapia? ¿No se propicia de este modo un profundo resquebrajamiento en nuestra identidad profesional?

AS. La razón por la que creo que los psicólogos deben ser autorizados para hacer psicoterapia no está sino en el hecho de que no hay suficientes psiquiatras que la hagan. Notará en mi respuesta que se refiere a una aceptación pragmática. Los pacientes que necesitan psicoterapia son muchos y los psicoterapeutas médicos muy pocos. No tenemos derecho a negarles el auxilio que otros profesionales, cuando tienen vocación y están bien preparados, pueden darles. No creo que nos de-

be preocupar, ni poco ni mucho, la "identidad profesional". Lo que debe preocuparnos es el bien de nuestros prójimos.

MS. De acuerdo. Lo que debe preocuparnos es el bien de nuestros prójimos. Por eso ellos deben saber —es un elemental derecho— a qué profesional acudir en el momento de requerir un servicio. Y en eso estamos todavía. Ni siquiera los profesionales correspondientes lo tenemos muy preciso. De ahí que a menudo la gente se pregunta ¿y, por fin, qué hace un psiquiatra y qué hace un psicólogo? De ahí también que haya *psicólogos que hacen de psiquiatras y psiquiatras que hacen de psicólogos,* por falta de *identidad profesional.*

AS. Cuando de psicoterapia se trata, me parece que lo que verdaderamente interesa no es si el que la practica es psicólogo o psiquiatra, sino *si está verdadera y seriamente preparado para esa tarea.* Vemos diariamente muchos psiquiatras que creen, o hacen creer, que lo que ofrecen es psicoterapia y muchos psicólogos que son realmente eficientes en tal labor. Debo repetir que para poder ser psicoterapéuticamente útil a un paciente se deben llenar dos requisitos: el conocimiento de lo que se está haciendo y el amor con que se realiza. Lo demás, la "identidad" y esas cosas, son completamente secundarias.

Si tratara de concretar aún más mi pensamiento, diría que debe, de alguna manera, comprobarse la idoneidad de quien se dice psicoterapeuta y, si la posee, facilitar su actuación, sin pensar en diplomas ni papeles.

MS. Si para realizar psicoterapia (la verdadera) son necesarias condiciones muchísimo más especiales que para ser un simple recetador, como sostuvo anteriormente, entonces usted también avalaría que los psicólogos receten, habida cuenta de que avala lo primero. No creo que llegue a tanto. ¿O me equivoco?

AS. Se equivoca. Note usted que he repetido varias veces que una condición esencial es *la preparación justa.* Acabo de hablar de "comprobar la idoneidad". Los psicólogos no están preparados para recetar. Si se preparan, es decir, si se hacen médicos, la respuesta sobra.

MS. Sí, que estudien medicina. No es tan difícil. Así podrán ejercer de terapeutas, en cualquiera de sus formas, aun de psicoterapeutas.

¿Sabía usted que ahora algunos psicólogos están diciendo que son ellos y no los psiquiatras los que deben hacer psicoterapia, o que ellos están más capacitados para hacerlo? Argumentan así: si en la psicoterapia la curación se logra a través de recursos psicológicos, ¿quiénes si no los psicólogos conocen más de recursos psicológicos?

AS. Hace mucho que los psicólogos afirman eso. La única respuesta es que, así como no basta ser médico para titularse de psicoterapeuta, no basta ser psicólogo para hacerlo. En ambos casos —debo repetirlo machaconamente— son indispensables una seria preparación y una vocación auténtica.

MS. "Vocación auténtica", tratándose de curar y recetar, todos creen tenerla, como estamos viendo. "Seria preparación", que yo sepa, no la da ninguna universidad, en general, ni ninguna otra institución, en particular. Usted es el único que hasta hace poco enseñó psicoterapia y supervisó sesiones de psicoterapia y armó un grupo profesional en el que se respiraba psicoterapia ("la verdadera", como creo que hay que recordar frecuentemente, o sea de base psicoanalítica, porque de la otra, la pitiaterapia, esa, desde que se sabe manipular sugestivamente, todos la hacen de alguna manera).

Yo no sé si el grupo de psicoanalistas peruanos podría brindar esa "seria preparación". Tienen títulos y les sobra capacidades para hacerlo; pero, ¿qué pueden hacer unos pocos maestros con los muchos miles de psicólogos que habría que entrenar, si conviniéramos en que los psicólogos deben ser también, además de psicólogos, terapeutas?

Sin embargo, a pesar de todo lo dicho hasta aquí, no hace poco, sino hace mucho, como usted bien señala, una apreciable cantidad de psicólogos, con "vocación auténtica" más de médicos que de psicólogos, y sin ninguna "seria preparación", está ejerciendo de psicoterapeutas. ¿No ha visto en los periódicos cómo se anuncian algunos? Ofrecen incluso "psicoterapia a domicilio". Los que proceden así desmerecen el título de psicólo-

go y sólo merecen el de curandero de cuello y corbata. ¡Bella es la psicología como para sacarle la vuelta de esa manera! ¡Y bella es también la medicina como para dejar que entusiastas intrusos la invadan! De este tipo de intrusión profesional a otro sólo hay un paso. El caso más flagrante, el caso más cínico, el caso más vergonzante fue el del psicólogo que, cómodo de asentaderas, se acomodó oficialmente como miembro conspicuo de la comisión encargada de elaborar la Ley General de Salud. ¡Un psicólogo legislando la acción profesional de los médicos! ¿Ve usted?

AS. No es argumento el referirse a los casos extremos o anormales. Lo que usted señala de los psicólogos existe, y con creces, entre los médicos.

Respecto a la preparación del psicoterapeuta, hace tiempo que propuse –y últimamente insistí, en el Congreso Latino-Americano de Psicoterapia– la creación de un Instituto de Psicoterapia donde, luego de una estricta selección vocacional (en la que debería tenerse muy en cuenta el Eros psicoterapéutico), se ofreciera a los alumnos la oportunidad de hacerse eficientes en cualquiera de los procedimientos serios. La idea tuvo una gran acogida, pero debo confesar que yo no sirvo para mover resortes que se apartan de mis posibilidades estrictamente profesionales. Estoy seguro que, si alguien con capacidad organizadora emprendiera la tarea, podría hacerse un gran centro formativo.

MS. ¿Un gran centro formativo en el que, como ha dicho anteriormente, "debe fomentarse una estrecha colaboración entre el psicólogo y el psiquiatra, colaboración indispensable, sin la cual el primero se ve obligado a ejercer sin poder apoyarse en el conocimiento médico, con lo que se estaría descuidando un aspecto humano cuya ignorancia puede tener consecuencias graves"? De paso, le pido precisar dos cosas: 1. ¿Qué aspecto humano se descuida cuando el psicólogo ejerce sin poder apoyarse en el conocimiento médico?, y, 2. ¿Qué consecuencias graves puede tener eso?

AS. Me refiero, naturalmente, al aspecto corporal del que el psicólogo sabe muy poco en teoría y nada en la práctica.

El desconocerlo o descuidarlo puede traer consecuencias graves en el sentido de que se pasa por alto toda la patología somática, unida a la patología psicológica.

MS. Lo que acaba de decir, tan decisivo en el asunto que estamos viendo, los psicólogos, aunque lo quisieran, no lo pueden entender del todo, precisamente porque el tipo de formación profesional que reciben es otro muy diferente del que recibe quien ha elegido ser terapeuta desde un comienzo.

Para subsanar eso usted propone una suerte de dependencia profesional, bajo el nombre de "una estrecha colaboración entre el psicólogo y el psiquiatra." Esta colaboración debe existir, o debe incrementarse y refinarse en donde ya existe; pero una cosa es colaboración y otra muy distinta el hecho de tener que estar siempre al lado de otro porque si no "puede traer graves consecuencias". Dependencia ésta que, con toda la razón del mundo, los verdaderos psicólogos, los psicólogos-psicólogos, tienen que rechazar.

Hay más. Enseguida le muestro algo que objetiva uno de los posibles riesgos que encierra cualquier "estrecha colaboración" entre médicos y psicólogos-clínicos. Aquí está. ¿Ve usted? Recetas, ni más ni menos. ¿Quién las suscribe? Un psicólogo-clínico, ni más ni menos. ¿Qué prescribe? Muchas tabletas, una solución y una pomada, ni más ni menos. ¿Qué drogas? Rivotril, Lucidril, Ativán, Encefabol, etc.

Por favor, no me diga otra vez que "no es argumento el referirse a los casos extremos o anormales", porque con éste más el anterior (que suman dos), comenzaría esa melódica serie de dos más dos son cuatro, cuatro y dos son seis... En fin, por cada caso que sale a luz, como ocurre con ciertas subterráneas especies zoológicas, muchísimos son los que se mantienen en la penumbra.

AS. Hay dos cosas en lo que dice y las dos contrastan. Por una parte protesta de la dependencia de los psicólogos y, por otra, muestra los peligros de la independencia.

Frente a la receta de un psicólogo —que, delincuentemente, se arroga funciones de médico— hay que tener en consideración, no solamente su psicología y su ética, sino la de muchos otros:

la de los médicos y los funcionarios del hospital que se lo permiten, la de los farmacéuticos que no lo denuncian, entre otros.

Y, frente a este flagrante caso de usurpación de funciones, podría citarle muchos, muchísimos, de médicos que "hacen psicoterapia" sin tener la menor idea de lo que practican y sin estar, en lo más mínimo, preparados para tal labor. ¿Cree usted que hay mucha diferencia entre los unos y los otros?

No disculpo a ninguno de los dos y creo, por el contrario, que ambos deben ser condenados.

MS. Antes de condenarlos sería muy instructivo abrirles un proceso, en el que me ofrezco de abogado del diablo.

Mi primer defendido, el médico, sí tiene idea de lo que practica, porque, desde Hermilio Valdizán, quien fundó la cátedra de Psiquiatría en 1916, hasta la fecha, en el *currículum* correspondiente, se enseña psicoterapia.

Mi segundo defendido, el psicólogo, dice que no es para tanto, que los curanderos también recetan remedios de botica, tal y conforme lo leyó en *El curanderismo en Lima.*

AS. También se "enseña" cirugía y no creo que haya nadie que autorice al médico, sin la especialización correspondiente, a operar.

Decididamente, es usted un mal abogado del diablo. Pretende usted "defender" a los psicólogos comparándolos con aquellos charlatanes (no curanderos) que recomiendan (no tienen recetarios impresos) preparados farmacéuticos...

MS. Decididamente, soy un mal abogado del diablo, no sé si por querer usurpar un cargo (toda usurpación "profesional" es mala, como vengo diciendo desde hace un buen rato), o por la calidad de mi defendido. Consecuentemente, cuelgo la toga con birrete y todo, no sin antes dejar sentada esta aclaración: pretendía "defender" a un psicólogo (si fuese necesario estamparía su nombre, pero ya usted sabe quién es), representante de los sacha-terapeutas; y no, como usted dice, así, en general, a los psicólogos (los hay quienes se defienden solos, porque saben lo que hacen y porque lo que hacen lo hacen bien, profesionalmente).

Una aclaración más: no vaya a tomarse mi posición como algo personal sobre algo que, en realidad, rebasa no sólo lo personal, sino lo nacional.

AS. A propósito, quiero comentar una noticia fresca: la Asociación Psiquiátrica Americana nombró una comisión especial que está trabajando en una clasificación de "desórdenes mentales", la tercera, intentando ponerse al día con los conceptos modernos acerca del tema. El Presidente de esa Comisión, Robert Spitzer, publicó un artículo en el que sostenía que los desórdenes mentales eran una parte *(subset)* de los desórdenes médicos. Bastó eso para que el Presidente de la Asociación Psicológica Americana, doctor (en filosofía) Theodore H. Blau, enviara una nota al Presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana, Robert Gibson, en la que decía: "La Comisión Directiva de la Asociación Psicológica Americana se ha sentido bastante perturbada al conocer el propósito de añadir a DSM-III (la clasificación nosológica) una afirmación que proclamaría los desórdenes mentales como desórdenes médicos".

Pasa a exponer su oposición. Blau dice, entre otras cosas, que "De las 17 clases diagnósticas principales, al menos diez no tienen etiología orgánica conocida". Cita los desórdenes paranoides, algunas psicosis, los desórdenes angustiosos, los de la personalidad, los psicosexuales, los reactivos y los del contralor impulsivo. Dice que en los fóbicos "no hay, obviamente, nada médico en su problema vital, en un sentido somático". Se pregunta por qué llamar desorden médico a las somatizaciones cuando "no hay evidencia médica para tal condición". Termina diciendo que: "Por lo tanto, aunque puede haber justificación para considerar los desórdenes mentales como desórdenes de la salud, no hay justificación para ningún intento de igualar desórdenes mentales con desórdenes médicos".

El Presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana respondió con una carta en la que se leen algunas cosas fuertes: "Nos parece —dice— que [un entendimiento] puede darse solamente si cada organización respeta la autonomía de la otra". Y: "Espero que será capaz de comprender que, en lo que a nosotros concierne, hemos siempre considerado los desórdenes

mentales como una parte de los desórdenes médicos (...)" El DSM-III tiene que ver con la nosología y "nosología significa el estudio de la clasificación de *enfermedades*".

Discute algunos puntos, pero dice que prefiere hacer una "pregunta de procedimiento, muy importante".

"¿Es apropiado que su profesión y su organización diga a nuestra profesión y organización cómo deben conceptualizarse las condiciones frente a las que asume responsabilidad profesional? Nosotros, ciertamente, no presumimos nunca cuestionar su definición de desorden psicológico. No nos parece apropiado que ustedes cuestionen nuestra definición de lo que es un desorden médico".

Y añade:

"El doctor Spitzer me ha indicado que su Comité de Enlace fue bastante sincero... Su Asociación está comprensiblemente preocupada porque cualquier afirmación explícita en DSM-III de que los desórdenes mentales son desórdenes médicos pueda ser usada contra los psicólogos u otros profesionales de la salud mental en lo que toca al pago por tratamiento, por ejemplo..."

Y termina:

"Creemos que es esencial que clarifiquemos para todos los que pueden hallarse en duda, que nosotros consideramos a la psiquiatría como una especialidad médica. Creemos, pues, que, en el futuro, nuestros esfuerzos conjuntos deben ser en la dirección de clarificar las áreas de responsabilidad profesional, reconociendo, al mismo tiempo, los derechos y la autonomía de cada uno".

¿Qué le parece?

MS. Me parece que en los Estados Unidos la famosa polémica psiquiatría *versus* psicología ha llegado, por muchas razones, a un estado de mayor definición, hasta el punto de mostrar cuál es, en el fondo, el quid del asunto: lo económico. Mientras no partamos de eso y no lleguemos a eso, a lo económico, continuaremos contemplando el problema sólo a nivel

de envoltura, sin dar con el caramelo, el caramelo de lo económico, y todas sus variantes: fama, poder, status, prestigio, hegemonía, etc.

Las citas que usted transcribe en el transcurso de su comentario me recordaron los términos en que se (in)comunican dos gobiernos que tienen problemas pendientes de delimitación territorial, muy propensos a entrar en pronta acción bélica. ¿Conoce algún caso en que se haya llegado a eso, a una franca y directa acción de fuerza entre representantes de la psicología y la psiquiatría?

AS. Es bien conocida la rivalidad áspera, por decir lo menos, que siempre existió en los Estados Unidos entre J. Moreno y S. Slavson. El primero, creador, entre otras cosas, del psicodrama y la sociometría, y el segundo, espíritu y fuerza en el desenvolvimiento de la psicoterapia de grupo en el gran país del norte.

Cuando la psicoterapia de grupo alcanzó auge y prerrogativa comenzó la lucha entre estas dos figuras que se disputaban el liderazgo. Acaso valga la pena registrar algunas de sus características.

Jacob Moreno, nacido en Rumanía, doctorado en Viena, emigró a los Estados Unidos donde desarrolló una enorme actividad proselitista.

Slavson no era médico. Psicólogo a cargo de una agencia familiar judía, desarrolló su método de psicoterapia de grupo originalmente para el tratamiento de niños y adolescentes y lo hizo sobre bases psicoanalíticas. Era un hombre que sufría a consecuencia de su posición no médica y que mostraba un carácter autoritario, bajo una apariencia amistosa.

Amigos y discípulos de ambos trataron de unirlos para fundar la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo, tarea que muy pronto se mostró imposible por las características personales de ambos, aunque creo poder decir que puso mucho más de su parte Slavson que Moreno quien, aparte de intentar imponerse arbitrariamente, cuando tuvo que ceder lo hizo solamente en apariencia, ya que, en los hechos desconoció todo lo acordado y obró como le convino en cada oportunidad.

La primera reunión tuvo lugar en Toronto, a propósito de un congreso de la Federación Mundial para la Salud Mental. Me vi envuelto en los ajetreos sin quererlo y, sin quererlo, presencié la lucha enconada de dos personajes curiosos que usaban de todos los métodos para apoderarse del liderazgo. Recuerdo que, en la asamblea final, tratando de fundar la Federación Internacional, Moreno dijo que Slavson había, en una oportunidad, comenzado un tratamiento con psicodrama y que sus reacciones neuróticas eran una consecuencia de no haberlo terminado. Slavson, a su vez, expresó que Moreno era un individuo intratable y que dudaba de que acaso su propia esposa fuera capaz de hacerle alguna vez cumplir su palabra. Debe tenerse en consideración que este intercambio se realizaba en una reunión de psicoterapeutas de todo el mundo que presenciaban asombrados tal "improvisación".

En otra reunión, realizada esta vez en Londres, uno de los miembros de la Comisión Directiva, a consecuencia de una acalorada discusión con otro —ambos destacadísimas personalidades de renombre mundial— terminó el argumento con un terrible golpe en la nariz de su contrario, quien tuvo que abandonar la sala sangrando.

MS. Después de este impresionante relato a uno se le quitan verdaderamente las ganas de seguir discutiendo sobre quién sí y quién no debe hacer psicoterapia. Creo que resulta más a cuenta hablar de curanderismo.

Mucha gente lo toma a usted como "abogado de los curanderos" por más que haya aclarado su posición de que lo que propugna es estudiar científicamente el fenómeno curanderil. ¿Qué dice al respecto? Pues hay el *ingenuo,* el *malicioso* y el *periodista* que confunden su posición: el primero para reforzar su propio "folklorismo", el segundo para anti-seguinear, y el tercero para agitar el cotarro de la opinión pública (a más agitación, más venta). ¿No vale, pues, la pena que sea más explícito sobre el particular?

AS. Lo que ocurre es que, por una parte, el tema del curanderismo tiene una connotación emocional mayor de lo que se sospecha. Al referirme a él e insistir en su consideración,

he removido niveles mágicos del inconsciente personal y colectivo. (Se me viene a la mente la segunda parte de una terrible frase citada por Freud: "Aqueronta movebo". Se dirá que, al recordar esta cita, estoy tratando de identificarme con Freud. Lo estoy).

Oímos lo que queremos oír. Ello se sabe bien hoy y fue probado repetidamente cuando inauguramos las discusiones de las "clases magistrales" por grupos de alumnos, en la antigua Facultad de Medicina. Ocurre todos los días. Cada uno de los oyentes, o lectores, oye o lee lo que quiere, teme o puede y, en consecuencia, comenta o actúa.

El tema del curanderismo me parece, por esa razón y muchas otras, apasionante. Se dirige a varios niveles de la personalidad. Al nivel mágico, al nivel intelectual, poniéndonos ante los ojos una realidad que desconocemos y que deberíamos conocer, y al nivel social. Casi me atrevería a decir, desde el punto de vista analítico-transaccional, que la magia actúa sobre el niño; el adulto se ve envuelto en el nivel intelectual; y el padre en el jerárquico. Naturalmente, el niño de cada uno o se apasiona o se asusta, el adulto se interesa e investiga y el padre condena la transgresión de la ley y las costumbres.

MS. En términos generales, ¿sobre qué tipos de pacientes tienen más éxito los curanderos?

AS. Naturalmente, los curanderos actúan eficazmente en los casos en los que la psicogenia juega un papel importante. Ellos lo saben bien, y su división entre "enfermedades de Dios" (aquellas que curan los "médicos de hospital") y enfermedades de daño (que son las que el curandero maneja), lo atestigua. Por otra parte, sabemos que la psicogenia no se reduce a actuar en los casos de "enfermedades nerviosas", sino que se halla, en mayor o menor proporción, en todas. Muchas "curaciones" curanderiles son verdaderas hazañas de actuación psicosomática.

MS. ¿Puede reducirse todas esas "verdaderas hazañas" a un solo término: pitiatismo? Lo *pitiático* en el sentido que le dio Babinski, creador del término, o sea, lo que es factible de

ser engendrado por sugestión y, a la vez, lo que puede ser resuelto por sugestión.

AS. Siento tener que decirle que su pregunta me desilusiona. No solamente porque recuerda una concepción —el pitiatismo— ya pasada de moda, sino porque resulta ignorando todo lo que, durante años, he tratado de decir de la llamada medicina psicosomática. ¿Cree usted que, ahora, pueda yo entrar a la consideración de lo que traté de exponer, hacen treinta años, en un libro sobre el asunto?

MS. Cosa extraña: hace tres días, en el último número de la revista *7 Días*, o sea del 4 de noviembre de 1977, usted declara que es la sugestión lo que cura en el caso de los curanderos, y ahora resulta que mi pregunta le desilusiona porque digo lo mismo respecto al factor que influye curativamente en el curanderismo. Y no es de ahora que afirmo eso, sino desde hace muchos años, desde la investigación que hice con cuarenta curanderos de Lima, en la que usted tanto me ayudó.

AS. Siento muchísimo que la brusquedad de mi respuesta lo haya, acaso, herido, pero, no fue mi intención. Me dolió que todo lo dicho, año tras año, acerca de la psicosomática y lo que acababa de decirle antes, fuera pasado de un salto a favor de una afirmación que no recuerdo haber hecho nunca y que, por otra parte, puede usted encontrar contradicha *en todas* mis publicaciones.

Ya en 1947, en la *Introducción a la Medicina Psicosomática* hay dos capítulos dedicados a los "mecanismos patogenéticos" en lo que trato de mostrar las diversas formas en que la patología psicogenética puede manifestarse, aparte de la sugestión.

En lo que se refiere a la psiquiatría folklórica, por supuesto que creo que la sugestión tiene una gran parte, *pero hay muchos otros mecanismos, que no tienen nada que ver con ésta y que, por supuesto, están relacionados con la psicosomática.*

En cuanto a la curación, afirmo terminantemente que hay algo más, mucho más ,que sugestión en los resultados. Relea usted cualquiera de mis publicaciones al respecto, pero quiero citarle solamente dos: en el Congreso Mundial de Psicoterapia,

en Oslo, presenté una ponencia: *Lo que la psicoterapia folklórica puede enseñarnos* y en ella enumeraba algunos de los factores: la *expectación*, la *relación curandero-paciente*, la *modificación de la red de relaciones humanas del enfermo*, la *influencia del grupo*, la *acción sobre la familia*, el *uso de plantas y drogas*.

En el trabajo que creo que resume mis ideas al respecto (*Introducción a la psiquiatría folklórica*) digo:

Se ha hablado mucho, por supuesto, del factor sugestivo y acentuado su importancia en el tratamiento por los curanderos. Desgraciadamente, al referirnos a la sugestión, no estamos haciendo sino cambiar un enigma por una palabra. No sabemos, en realidad, lo que la sugestión es, pese a los esfuerzos de muchas generaciones de teóricos y si, como parece, se trata de un fenómeno con base esencialmente afectiva, comprenderemos mejor su acción si lo enfocamos desde el punto de vista de su significado en la relación interpersonal que se establece entre curandero y paciente, relación esencialmente regresiva y transferencial, para usar la terminología de nuestras teorías dinámicas.

Enumero luego los otros factores que considero importantes.

Me parece que es muy fácil refugiarse en la sugestión (esa palabra que reemplaza al misterio) para explicar todo lo inexplicable, pero, necesitaríamos, ante todo, explicar la sugestión misma y luego estudiar cuidadosamente los fenómenos para descubrir que ella no basta. ¿Ha visto usted alguna vez, por ejemplo, un alcohólico curado por sugestión? Yo he visto muchos curados por curanderos.

Voy a tratar de concretar ahora algo que vengo sosteniendo desde hace tiempo y que gana en certidumbre con los años. Creo que uno de los factores que con más fuerza actúa en la práctica curanderil es la influencia sobre el grupo al que el paciente pertenece. El curandero modifica, basándose en la noción del "daño", toda la estructura de la vida social de su paciente; lo aleja o acerca a determinados personajes, cambia su vida comunal y, al hacerlo, está actuando intuitivamente sobre las raíces mismas de su patología.

Si le dice, por ejemplo, a un alcohólico que son sus amigos los que le han hecho "daño" dándole de beber algo y que no se curará si sigue sometido a esas maniobras, el paciente se alejará de sus amigos y, con ellos, de sus costumbres y hábitos, con lo que toda su vida se modifica. Recuerdo uno de los casos por nosotros estudiado, que nos decía cómo, desde su curación, "ya no me paso el día en la cantina, sino en mi casa, en mi campito, cultivando, y con mis hijos. Todos estamos contentos".

MS. Yo diría que este paciente, en vez de curado de alcoholismo, está alejado del alcohol. Además, esa tregua (y no cesación definitiva de los fuegos etílicos) se basa en una mentira no muy piadosa: la mentira de que sus amigos le han hecho "daño" al paciente dándole de beber algo. Eso, claro está, ya no es sugestión. Eso es, sencillamente *¡trabajar al susto.*

AS. No estoy de acuerdo con su concepto de que ese tipo de tratamiento "trabaja al susto" y su calificación peyorativa. Ante todo, no se trata de "una mentira no muy piadosa" ya que, en realidad, en realidad psicodinámica, sus amigos le hacen daño y su alejamiento trae la curación. E insisto en hablar de curación, a pesar de que, naturalmente, podríamos envolvernos largamente en una discusión acerca del verdadero significado de este término. No sé cómo podría calificarse el hecho, comprobado muchas veces en las investigaciones, de que un hombre que ha vivido alcoholizado durante veinte años, después del tratamiento curanderil no ha bebido durante otros veinte.

MS. ¿No cree que muy por encima de la eficacia curanderil, como factor modificador en esos casos, está el tipo de paciente? ¿Se estudió en qué tipo de pacientes tenía éxito tal procedimiento y en qué tipo no?

AS. Se estudió todo lo que se pudo. He aquí un detalle que es interesante. Hay un mayor porcentaje de curados entre los que buscaron al curandero acompañados de su esposa que entre los que se presentaron solos.

MS. Conozco a alcohólicos que dejaron de beber alcohol luego de casarse. Yo no creo, por eso, ni que las esposas co-

rrespondientes tuviesen virtudes de curanderas, ni que aquellos estuviesen curados. Es factible explicar psicodinámicamente qué es lo que pasa en esos casos, como en los que usted menciona, de "los que buscaron al curandero acompañados de su esposa", lo cual confirmaría que muy por encima de la eficacia curanderil, como factor modificador en esos casos, está el tipo de paciente. En suma, más que los curanderos, deberían interesarnos quiénes van a ellos. No puede darse por terminada la discusión diciéndose, por ejemplo, que "van hasta médicos". Creo, más bien, que por allí debemos comenzar. ¿Usted iría, ya no como investigador, sino como paciente, en el peor de los casos, donde el mejor de los curanderos?

AS. Si es cierto que algunos alcohólicos "dejaron de beber alcohol luego de casarse", lo es también que hay muchos que es entonces cuando comenzaron. No creo en la eficacia curanderil de las esposas (se sabe muy bien, por otra parte, que el estudio de las mujeres de los alcohólicos ha podido descubrir rasgos comunes de personalidad entre ellas). El hecho señalado nos hacía pensar que un lazo afectivo puede influir poderosamente en la curación del etílico.

No. No iría a hacerme tratar por un curandero. Creo, sin embargo, que ellos tocan las fibras inconscientes —de mayor o menor importancia— de todos los hombres; su necesidad de creer en lo supernatural y su permanente búsqueda de apoyo en alguien que les ofrezca una imagen paterna actualizada.

MS. ¿Estas son las únicas motivaciones por las que la gente acude donde los curanderos en lugar de ir donde los médicos?

AS. En varios trabajos he señalado los factores que contribuyen a que los pacientes acudan donde los curanderos. Tratando de no repetirme citaré solamente algunos: ante todo, la esperanza: cuando se ha perdido la confianza en los médicos o cuando éstos han declarado su impotencia, es natural agarrarse de cualquier madero flotante. En segundo lugar (acaso sea el primero), el hombre necesita permanentemente creer en un poder superior, superior sobre todo a la lógica, creencia producida por fuerzas inconscientes que se hallan ligadas a las *imagos* parentales, todopoderosas. Luego —y creo que es esto también

muy importante– la "sintonía" que nuestro pueblo encuentra con el curandero. El médico habla un idioma completamente diferente y a veces incomprensible; el curandero habla su mismo idioma y se refiere a sus mismas creencias. Vibran ambos, pues, para usar un término de moda, en la misma onda. A todo ello, como si fuera poco, se agrega la diferencia de actitud del médico y el curandero. El primero, sobre todo en los hospitales, practica su profesión en una forma despersonalizada, tratando al enfermo como una máquina descompuesta o como "un caso"; el curandero establece con él una relación humana paternal o fraternal, de todas maneras sodálica. El curandero llena, pues, no solamente la necesidad sintomática, sino, lo que es mucho más importante, la necesidad que me atrevería a llamar ontológica de la relación Yo-Tú, usando los términos de Buber.

MS. Voy a poner como ejemplo de curandero a uno que es muy conocido en Lima. Lo conoce usted, lo conozco yo, lo conocen todos: aquel barbilindo frente al cual millares de personas, hoy por hoy, hacen colas de colas. ¿Para qué? Para que aquel barbilindo les ponga la mano en la frente y... listo el pollo curanderil, previo pago de sesenta libras, y que pase el siguiente.

Por favor, ¿qué relación sodálica es esa, qué necesidad ontológica se puede llenar así? Conste que es el curandero que absorbe la mayor clientela curanderil.

AS. Me desilusiona usted, nuevamente. Cuando yo hablo de curandero me estoy refiriendo a aquel representante de la medicina folklórica que tantas veces he estudiado. He intentado hacer la definición y la distinción precisa en una serie de trabajos y en la síntesis publicada con el título de *Introducción a la Psiquiatría Folklórica.* Si la lee va a hallar la respuesta. Al lado del curandero, representante de la medicina folklórica, se encuentra una serie de otros personajes que he englobado con el nombre de charlatanes y me parece indispensable el distingo.

Charlatanes hay muchos y uno de ellos es el que usted recuerda. Los hay, por supuesto de todas clases, colores y me-

didas y todos ellos aprovechan esa necesidad humana a la que antes me he referido.

MS. Y aprovechan también que un ilustre representante de la psiquiatría peruana, el doctor Seguin, haya casi sacralizado la imagen del curandero.

Claro, en el papel es muy fácil realizar el distingo entre charlatanes y curanderos; pero lo importante es que en la vida diaria tal diferencia ni siquiera de lejos es tomada en cuenta por la enorme cantidad de gente embaucada por los primeros.

Qué curioso: usted me manda leer trabajos suyos que conozco al dedillo. En retribución, yo le sugiero buscar todas las cosas que se escriben y se dicen en su nombre, sobre todo de hechicería, espiritismo, brujería. "Pero si lo dice el doctor Seguin" es la fórmula mágica con que se afianzan, se estimulan y se propagan muchas cosas que usted sería el primero en reprobar. Para muestra, solamente este botón.

El señor Augusto Polo Campos, luego de afirmar: "Dicen que existe la brujería y la verdad es que los criollos 'sí' creemos en ella", y otros conceptos del mismo corte, sostiene:

"Sin ir muy lejos, les revelo que personalmente cuento con la protección de un curandero extraordinario de Chiclayo, mi Maestro es Don Segundo Rioja y sé que me protege de tantas maldades que todos saben que me rodean. El a su vez viaja a las Guaringas de las alturas de Piura y ahí tiene sus maestros. Es realmente fabuloso ver que invocando a Dios, hacen curas prodigiosas. Esto no es simple superchería, ya que muchas veces por televisión, el renombrado psiquiatra, Dr. Seguin, ha confirmado el valor de la medicina popular, la brujería y el curanderismo, afirmando, además, que él viene estudiando estos hechos hace mucho tiempo y recomendando públicamente darles legalidad a los curanderos" (*Estampa*, Lima, 18-XII-1977, pág. 12).

AS. Cada persona se apropia de opiniones y nombres para afirmar lo que dice. ¿No se sostuvo por muchos años que Freud era un apologista del sexo sin restricciones y que proponía el "amor libre"? ¿No se aseguró que Jesús prohibía el sexo y hasta

el pensamiento con él relacionado? No es que me esté identificando con esos personajes (¡ojalá pudiera!), sino que estoy tomando ejemplos indiscutibles. Quien sostiene una idea que sale de los "parámetros" estrechos de la sociedad está expuesto, naturalmente, a esas interpretaciones y no debe asustarse. Mantener su posición y trabajar en ella es lo único recomendable.

"Por sus obras los conoceréis".

el hospital obrero

MS. Luego de haber trabajado en el Hospital Obrero durante treinta largos años, quién mejor que usted, doctor Seguin, para opinar sobre algo inquietante que nos ocurre a muchos médicos de ese nosocomio: uno llega allí y, desde que se llega, ya se está queriendo ir.

Entre los motivos que explican esa actitud, aparte de los muy personales, está uno que se podría llamar *Segurosis*. ¿Qué es eso? Una suerte de saturación laboral ,de impregnación del ambiente del Seguro hasta el punto de no poder el profesional, en condiciones normales, admitir mayor cantidad de aquel ambiente. Se manifiesta como un impreciso mal-estar del que, desgraciadamente, sólo se ha tomado en cuenta esas locas ganas de quererse ir, de mandarse a mudar, a la primera que se pueda.

Otro síntoma de la *Segurosis* es la quejumbre. ¡Cómo nos quejamos! Depende por cierto de las diferencias personales los temas de la queja: que, fíjate, hermano, cuánto nos están pagando; que, el sueldo de antes era del médico mejor pagado del país, y ahora, ¿ves?; que, cada día aumentan más los asegurados, aunque no aumentan proporcionalmente los recursos con que se les atiende; que, mira, compadre, cómo zutano, en vez de ver pacientes, se ha dedicado a ver que trabajemos más, etc. Un síntoma más, para no hacerla larga: la vaga sensación de estar condenados a ser objeto de una sutil explota-

ción, a terminar convertidos en los inaparentes esclavos del Seguro. ¿Acaso a los consultorios no se les ha puesto el mote de *galeras*?

La *Segurosis* varía en sus manifestaciones, según la especialidad del afectado. Y lo que sigue, que es una especie de cuarto síntoma, lo percibo en cuanto psiquiatra: la frustración profesional. Cualquier ayuda psiquiátrica que uno presta a un paciente obrero siempre está expuesta, cada día más pronunciadamente, a la des-ayuda inmediata proveniente sobre todo de las zozobrantes condiciones económicas de la clase trabajadora. Dicho en términos muy de su escuela, los factores desencadenantes están a la orden del día, superando largamente a los determinantes de las alteraciones psiquiátricas. ¿Cuál es la consecuencia? Que uno restablece en el paciente el equilibrio perdido, pero a la vuelta de unos días, o unas semanas, o, en el mejor de los casos, de unos meses, el mismo paciente vuelve otra vez desequilibrado: vuelve con la misma historia. De ahí que en alguna ocasión dije, tal vez con bastante dosis de impertinente humor negro, que el himno de los psiquiatras del Seguro debería ser ese vals: "Todos vuelven". Y eso frustra, maestro, frustra que da ganas de hacer no sé qué, menos esa psiquiatría espléndida llena de amor que nos inculcó: el odio desintegrador de afuera tiene muchísima más fuerza que el amor integrador de adentro.

La respuesta más lógica a todo esto, según la lógica de los lógicos, podría ser: ¿y por qué no se van del Seguro de una vez los achacosos de *Segurosis*? Creo que no va ser la suya esa misma, imbuido como está de que la explicación y la solución de la mayor parte de los problemas humanos no es tan simple como les parece a los simples.

AS. Lo que usted dice me obliga a referirme a varios aspectos del problema, algunos de ellos cargados de *pathos*, si no de patología.

Ante todo, debería estudiarse el hospital mismo, su ambiente y las condiciones en las que en él se trabaja. Los sociólogos lo han hecho, como William Caudill, por ejemplo. Este autor comenzó su investigación haciéndose internar en un

hospital psiquiátrico como paciente (¿recuerda usted que hizo lo mismo Max Hernández en nuestro Servicio y recogió observaciones interesantísimas?). Luego Caudill analizó las condiciones de funcionamiento del hospital y planteó una serie de problemas básicos. Desgraciadamente no se ocupó —no podía hacerlo— de los que se presentan en un hospital como el nuestro y, sobre todo, en sus consultorios externos, a los que usted se refiere. Creo que alguien debería emprender la tarea de estudiar sociológicamente ese aspecto. Descubriría, por ejemplo, que los pacientes llegan donde el médico en las peores condiciones psicológicas imaginables. Luego de ser, la mayor parte de las veces, mal tratados y maltratados por las recepcionistas y el personal auxiliar, luego de esperar a veces horas, se hallan con un profesional que quiere salir de ellos lo más rápidamente posible y que los trata, más como a enemigos que como a seres que buscan ayuda.

Como usted ve, no se trata solamente de los problemas exteriores que ellos arrastran, sino de los que les crea la atención misma.

Respecto a los problemas sociales, parece que usted creyera que son los únicos que actúan sobre el paciente, pero, al hablar de factores desencadenantes, está suponiendo, tácitamente, que hay factores predisponentes y determinantes también en juego y es sobre ellos sobre los que el psiquiatra puede siempre actuar. Si los factores de ambiente (sociales, económicos o de trabajo) fueran los responsables no se explicaría cómo los problemas psiquiátricos se presentan en las clases más favorecidas (y a montones).

Me parece que sus conceptos acerca de la "segurosis" merecen consideración detenida. El nombre que ha elegido está mostrando ya que la considera como una enfermedad, como el sufijo *-osis* lo muestra. Y, si de enfermedad se trata, debemos, ante todo, investigar los factores que la determinan.

He aquí algunas observaciones —que no son otra cosa— que los años en nuestro hospital me han permitido hacer: ante todo, recordemos que el hombre actúa por motivos, es decir, algo que lo mueve. ¿Qué motivos tiene el psiquiatra que trabaja

para el Seguro? Desgraciadamente, en la actualidad, pueden solamente señalarse los motivos económicos. Ganar un sueldo y, cuando una persona tiene como único motor anímico el ganar un sueldo, trata de hacerlo de la manera más fácil posible y, por supuesto, piensa siempre que lo que gana es muy poco. No sé de alguien que tenga como único motivo el sueldo, que se manifieste contento con él. El trabajo se convierte, entonces, en una esclavitud y el trabajador está calculando cuánto ganan los demás y cuánto deja él de ganar; cuánto "lo explotan" y cómo puede explotar a los otros. El trabajo, entonces, es una maldición.

De todo esto se desprende que, cuando hay otros motivos, otros pueden ser los resultados. ¿Qué otros motivos? Recuerde usted que hubo un tiempo en el que trabajaban en nuestro Servicio muchos más médicos *ad-honorem* que los rentados; que venían desde otros países a hacerlo y que no se quejaban. Es que los movían intereses distintos: el deseo de aprender, la mística de la psiquiatría, el espíritu de grupo. Todo eso ha desaparecido. ¿Recuerda usted cuando cada reunión clínica era una oportunidad para cambiar ideas, para plantear puntos de vista propios, para mejorar en el trabajo y beneficiarse con las opiniones y sugerencias de los demás? ¿Recuerda usted cuando, todos los sábados, nos reuníamos para oír, y discutir, presentaciones de literatos, artistas, sacerdotes, maestros, sexólogos, antropólogos, sociólogos, políticos? ¿Recuerda usted cuando nosotros mismos leíamos nuestros trabajos a los otros miembros del grupo, entusiasta y fructíferamente? ¿Recuerda cuando cada miembro del grupo debía exponer ante un público numeroso y cordial, un capítulo de psicología y psicopatología y tenía que esmerarse en estudiar y aprender? ¿Recuerda cuando se discutían proyectos de investigación y se estimulaba a cada uno para que los emprendiera?

Todo ello constituía motivos, motivos que matizaban la labor y la hacían interesante y provechosa. Ahora ya no se "pierde el tiempo" de esa manera.

Las reuniones en el café de Patiño eran otro motivo que debe tomarse en cuenta, considerando la psicología grupal.

Por otra parte, cuando se ama a la profesión y verdaderamente se quiere a los que se nos aparecen como pacientes, hay un motivo más, y poderosísimo: comprenderlos y ayudarlos. Y cada ser humano, si nos acercamos a él, nos descubre mundos nuevos a los que podemos, y debemos acercarnos con atención y amor.

Hace poco me preguntaba usted el porqué de la poca producción de los colegas. ¿Hay algún trabajo que muestre un acercamiento concienzudo y amoroso a los pacientes y descubra, así, horizontes originales que se hallan escondidos, no en el cuadro clínico, sino en el alma de cada enfermo?

Es muy fácil racionalizar diciendo que los factores externos no pueden cambiarse y, de esa manera, alejarse de la humanidad de los pacientes como personas y considerarlos solamente como engranajes en la maquinaria social. Es fácil, pero destructivo.

¿Cree usted, realmente, que si cada psiquiatra del hospital dedicara algo de tiempo y corazón a *un solo paciente* para tratarlo como a un hermano que sufre, aunque se contentara con recetar calmantes a los demás ,no ganaría mucho? Pero, no es así. Trata de salir del paso en el menor tiempo posible, para cumplir otras obligaciones, que desempeña con el mismo desamor, sintiéndose frustrado en todas.

Aquello de "Todos Vuelven" (aparte de que no tiene nada que ver con el vals, que está lleno de romanticismo: "Todos vuelven al lugar en que nacieron, al embrujo alucinante de su sol. Todos vuelven al lugar en que vivieron y en que, acaso, floreció más de un amor..." Cito de memoria) se debe, precisamente, a que no han hallado nunca lo que buscaban y necesitaban. Luego de la "acogida" de la recepción, el paciente siente, aunque no sea consciente de ello, la prisa, la frustración, que se traduce en muchos casos en la resistencia inconsciente a toda cura, que es una manera de vengarse de la hostilidad del médico.

Mucho más podría decirse, si no nos contentamos con diagnósticos fáciles y pensamos que cada fenómeno humano, si queremos comprenderlo, debe ser estudiado a fondo, yendo hasta

los factores que se hallan, a veces, cubiertos por una serie de racionalizaciones que puede ser que calmen un super-yo poco exigente, pero que no satisfacen a un espíritu inquisitivo y profundizador.

Y, para terminar. Todo trabajo que se hace a disgusto no puede producir otra cosa que disgusto. Acaso la mayor sabiduría en la vida es encontrar un trabajo que nos guste y gustar de nuestro trabajo.

MS. La precedente es, para mí, una de sus respuestas más estimulantes. Provoca comentar y analizar cada uno de sus conceptos. Ante la imposibilidad de hacerlo, le dedicaré espacio solamente a lo que considero más pertinente.

Sí. La *Segurosis* equivaldría a una enfermedad, aunque no neurótica, sino sociótica, es decir, dependiente más de factores externos que de los intrapsíquicos. No niego que lo sociótico muy bien puede estar cabalgando sobre lo neurótico, pero ahora toca hablar del "jinete". (Del "caballo" —y de sus poderosas fuerzas instintivas en conflicto— harto ya sabemos). No niego tampoco que es un artificio explicativo desmembrar en neurótico y sociótico, en interno y externo, en subjetivo y objetivo, en determinante y desencadenante, todo lo concerniente a esa unidad inextricable que es el ser humano. Desgraciadamente, no hay otro modo de hacerse entender, sino utilizando ese y otros artificios. No hay que olvidar, eso sí: 1. Que todos los utilizamos, 2. Que con ellos no estamos inmunizados contra el error, y, 3. Que con ellos a lo más estamos poniendo un *énfasis*.

Repito, toca ahora poner énfasis en lo social, en lo externo, en las condiciones de vida, en el ambiente hospitalario, en los problemas económicos, en lo institucional, sin atreverme a decir que estos factores son más importantes que otros. Tampoco me atrevería a decir, con un orgulloso profesionalismo, que los fenómenos profundos (lo que no se ve, las racionalizaciones, lo dinámico-determinante, etc.) son más importantes que los superficiales (lo que sí se ve, lo social, lo económico, etc.), por más que los primeros tengan un mayor prestigio intelectual ("ser profundo", "hacer un análisis profundo", "tener un espíritu profundizador"), y por más que sean los caballos de batalla del

psiquiatra. Yo no soy de los que cantan: "Tengo el orgullo de ser *psiquiatra* y soy feliz". (Por favor, ya sé que la letra del vals "Mi Perú" nada tiene que ver con la psiquiatría).

Cuando hablo de la "enfermedad" llamada *Segurosis* hablo en nombre mío y de los que, por no correr el riesgo de decir "aquí me hace doler la Institución", sufriéndola, no la acusan. De repente, claro, ni la sufren, aunque la tengan, cosa harto conocida por nosotros como "no tener conciencia de enfermedad".

Comparto su opinión de que "debemos, ante todo, investigar los factores que la determinan". Los que usted señala, en general, son válidos, aunque no son todos los que están, ni están todos los que son. Otra opinión suya que comparto es que "debería estudiarse el hospital mismo, su ambiente y las condiciones en las que en él se trabaja". No son las mismas, naturalmente, que las de la época en que se inauguró y las de los años subsiguientes. En ese entonces sus miembros fundadores, y los que ingresaron a servir a la institución inmediatamente después, trabajaban con esa mística que usted señala, la cual es indiscutible. Esa etapa no debe dejarse de historiar, entre otras razones, para utilizarla como partón comparativo de lo que sucedió después y de lo que sucede ahora: estamos viviendo una etapa de *calcutización* en la que, por ejemplo, se hace todo lo posible por ganarle espacio a las áreas verdes. Mientras afuera los médicos denunciamos que se están destruyendo suicidamente los pulmones de la ciudad, adentro los destruimos sin más: el cemento se ha comido a la infinidad de higueras del hospital. ¡Y todo por la absurda idea de que así se puede hacer frente a una incontenible explosión demográfica de pacientes! ¿No ha visto, además, cómo se descascara al hospital para volverlo a pintar, cómo se le cambia el piso, cómo le forran las paredes? ¡Todo hecho con la más buena de las intenciones! Y hay días que nuestra institución luce más pintona. Pero los afeites no le duran a la pobre carantoña...

Pasemos ahora a sus pasadizos atestados de pacientes: rostros desencajados, pálidos, marchitos; rostros descompuestos, frustrados, ceñudos; rostros desilusionados, grises, acabados; rostros ansiosos, febriles, sudorosos; rostros escépticos, turbios, do-

lientes; todos estos rostros del dolor y de la desgracia golpean, sí, golpean en pleno corazón todos los días. El ánimo se le decae a uno contagiado por esa espesa atmósfera de sufrimiento. Usted mismo, con toda la fortaleza de ánimo que siempre luce, no era inmune a ese tinte sutilmente depresivo que se le impregna al que presta servicios en el Seguro. ¿Recuerda a ese paciente que no le dejaba ni a sol ni a sombra para *salud-arle*? Sí, para *darle salud* se empeñaba en *salud-arle* a usted. Todos los médicos del Seguro, según él, estábamos muy tristes, y salud-ando al jefe, según él también, por su intermedio, les daba salud a todos los médicos tristes del Seguro. Claro, era esquizofrénico, me dirá, pero usted mismo nos ha enseñado que, no obstante haber perdido la razón, el esquizofrénico de alguna manera tiene razón. ¿Ya recordó a E. P.? Este paciente, además, le dejaba pequeñas notas "para alegrar al doctor Seguin", en las que, entre otras cosas, escribía sus *pensamientos*. He aquí uno de ellos, que tanto hemos comentado con usted: "La Sociología es una oda al cansancio".

En lugar de entrar enseguida a la consideración de los Consultorios Externos, ¿por qué no comenzamos mejor a tratarlo todo, como se dice, desde el principio? Más precisamente: desde que el Hospital Obrero abrió sus puertas. ¿Y qué mejor testigo que usted que lo vio nacer, que lo vio dar sus primeros pasos, que lo vio alcanzar su edad adulta y así sucesivamente, durante treinta años, hasta la fecha en que incluso todavía regresa semanalmente a seguir enseñando?

En 1941 abrió sus puertas el Hospital Obrero. ¿Cómo le impresionó, cómo fue en un comienzo su labor de psiquiatra?

AS. Debo confesar que quedé hondamente impresionado cuando lo conocí. Era un modernísimo edificio, con iluminadas salas y brillantes pisos, deslumbradoras cocinas y asombroso —para entonces— equipo médico y quirúrgico. El Director, don Guillermo Almenara, me dijo que mis labores serían solamente las de atender emergencias psiquiátricas, puesto que todos los casos "de locura" serían inmediatamente enviados al Hospital Víctor Larco Herrera. Por supuesto que no tomó en consideración nada de lo que traté de insinuar respecto a la nece-

sidad de atención psiquiátrica en el sentido más amplio, en colaboración con todos los servicios, ni mi convicción de que cada día la medicina se orientaba más hacia la comprensión psicológica de todos los enfermos. Ante mi observación de que nos hallaríamos con el problema de los neuróticos y especialmente los conversivos (entonces no se hablaba aún de la psicosomática) más que con el de los psicóticos, sonrió paternalmente, con la suficiencia que le daban sus amplios conocimientos como administrador de hospitales, y me envió a trabajar.

No se había previsto la existencia de un consultorio para psiquiatría y, a mi exigencia, se me permitió atender en un cuartito destinado a la limpieza y anexo a los consultorios de medicina. El primer mes vi seis pacientes en el "consultorio"; al cabo de seis meses, el promedio ascendió a doscientos.

Mi labor, además, consistía en ir, de piso en piso, a contestar las consultas de los colegas debiendo, para hacerlo, no solamente realizar personalmente las investigaciones clínicas sino todas las maniobras semiológicas sin poder contar con ayuda alguna. Los primeros casos fueron neurológicos, lo que implicaba punciones raquídeas, exámenes de fondo de ojo, etc., amén de las pruebas psicológicas que aún no sé cómo ni en qué tiempo pude intentar.

Los colegas me miraban, naturalmente, como a un verdadero extraño, casi un intruso. Era comprensible, desde su punto de vista. Habían sido educados para ver en el psiquiatra un "loquero" y en sus pacientes casi animales peligrosos cuyo lugar era el manicomio.

Sería muy largo relatar la lucha, año tras año, para cambiar todo eso y llegar a lo que la psiquiatría es hoy en nuestro país: una especialidad respetada y que se ocupa con los problemas emocionales de los seres humanos a los que puede ayudar.

Esos esfuerzos fueron grandes: había que luchar contra los prejuicios del público; contra los médicos, quienes aconsejaban a sus pacientes no acudir donde el especialista y se creían capacitados para tratar las enfermedades "nerviosas"; contra los neurólogos, que consideraban la psiquiatría como parte de su especialidad y contra los mismos psiquiatras que, formados en

una escuela somaticista o imbuidos de pseudo-filosofías, combatían cualquier esfuerzo por salir de esos moldes.

El Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero se convirtió entonces en un fructífero centro de trabajo. Los que vivieron en contacto con sus labores y sus enseñanzas han formado el núcleo conductor de la psiquiatría peruana de hoy.

MS. Núcleo que hoy por hoy no tiene contra quién luchar, ni contra qué luchar. Esa podría ser otra explicación de nuestra "oda al cansancio". No tenemos la mística del forjador, no tenemos la euforia de la epifanía, no tenemos el entusiasmo del alfámano, que usted sí tuvo. He ahí otra diferencia de posición, entre la suya y la de cualquiera que ahora trabaje en el Seguro, respecto a la *Segurosis*.

En la raíz de la *Segurosis* nosotros los médicos podemos tener, digamos, un 33.3% de responsabilidad, otro 33.3% depende del Seguro mismo, y el 33.3% sobrante tiene que ver con los pacientes. Sí; hay que decirlo de una vez por todas: hasta los pacientes nos "enferman". Y no por contagio, como se puede creer, sino por la famosa "ganancia secundaria de enfermedad" y otras formas afines de perturbar la atención de los consultorios externos con ingredientes subrepticios. No se puede salir de este problema aduciendo que es un problema universal, que lo confronta la Seguridad Social de cualquier parte del mundo, o que la actitud del ganancioso o del simulador depende de las condiciones sociales y económicas en bloque. Si ambas formas de razonar son muy ciertas, hay que desmadejarlas para encontrar los hilos más finos del problema. Y, sobre todo, que este mal institucional, la "ganancia secundaria", sea curado por la misma institución y no sea endosado a los consultorios externos.

AS. Me obliga usted a insistir, machaconamente, en algo dicho muchas veces: no se trata de lo que el paciente hace, sino de por qué lo hace. En otras palabras, se trata, no de juzgarlo, sino de comprenderlo. Si un enfermo, o diez, o cien, se nos presentan con "ganancia de enfermedad", ¿no cree usted que se debe a que la enfermedad los ha ganado antes en forma de inseguridad, explotación y hasta hambre? Me llama la

atención que, en un momento, usted se manifieste decididamente "protestatario", y en otro, quejoso. ,

MS. Los dos momentos expresan lo mismo si se tiene en cuenta que la protesta es queja roja, y la queja protesta negra; aunque reconozco que no son las dos únicas maneras de decir "esto no me gusta".

Recuerdo que usted de algún modo expresó su disgusto contra el Seguro cuando escribió en *La Prensa* esos tres artículos sobre "burolandia". Había usted servido al Seguro durante treinta largos años, había colaborado en aumentar el prestigio de la Institución, había formado allí mismo toda una escuela psiquiátrica, etc., sin embargo, en vez de que el Seguro le pague por lo menos ahorrándole la insufrible desgracia de hacer los trámites de jubilación —¿no es como para esperar que a uno le retribuyan siquiera eso después de haber dado tanto?—, no señor , a "burolandia" se ha dicho.

Aparte de lo que ha consignado en esos tres artículos, ¿por qué no nos dice algo más sobre "burolandia, la tierra de los escritorios"?

AS. ¡Habría tanto, tanto que decir! Cualquiera que, por cualquier motivo, haya tenido que asomarse a una oficina pública tiene tema para pensar, para escribir y para maldecir (que no es sino una forma más definitiva de decir mal). He visto abogados, jefes y hasta gerentes que lo único que hacían es firmar lo que pocos empleados, con muchos años en el empleo, sabían cómo hacer. He visto "secretarias" que apenas sabían escribir; he visto amanuenses corrigiendo la redacción y la ortografía de los directores... En fin... Kafka.

grabbing syndrom

MS. Usted es el introductor del Análisis Transaccional en el Perú, y no ha pasado todavía mucho tiempo de eso. ¿Cómo explica que tenga sólo un entusiasmo medido por él, conociendo como se conocen otros entusiasmos desmedidos suyos con otras ideas, con otros procedimientos?

AS. Puede ser que la respuesta esté en que me estoy poniendo viejo. Lo que yo racionalizo es que, si bien el Análisis Transaccional contiene muchísimo de interesante, no podría adoptarlo como único método de tratamiento, ni dedicarme a él por entero. Por otra parte, y creo que debo decirlo, me he sentido profundamente desilusionado con la actitud de quienes vienen del extranjero a "preparar" a los entusiastas, pero no lo hacen si no se les asegura una buena entrada en dólares.

MS. Cambiando dólares en soles, mejor dicho, hablando de lo que sucede entre nosotros, ¿cómo solucionar el problema del precio elevadísimo de la consulta privada en psiquiatría, elevadísimo por lo menos para la mayoría que podría beneficiarse con la psicoterapia?

AS. Su pregunta se refiere a un problema sin solución, a mi manera de ver. Si se piensa que, para llegar a ser psicoterapeuta, se necesitan por lo menos 25 años de estudios; que a ello deben añadirse condiciones personales que no se encuentran fácilmente; que una consulta psicoterapéutica ocupa, generalmente, una hora y que la práctica de la psicoterapia exige

una tensión constante, se comprenderá por qué es cara. Un especialista en oftalmología, dermatología u otorrinolaringología, por ejemplo, puede ver veinte pacientes en un día de trabajo; un psicoterapeuta que labora ocho horas (¡ocho horas de psicoterapia!) no alcanzaría a ver sino ocho. Ambos tienen que vivir y vivir una vida libre de angustias. ¿Cómo puede exigírsele que cobre menos que lo que para ello necesita?

En otros países se ha organizado la psicoterapia en los hospitales, en los que el paciente paga un porcentaje de su sueldo.

Se ha intentado un recurso: la psicoterapia de grupo, pero esa técnica no está destinada al fin de multiplicar la atención y, aplicada así, traiciona su espíritu mismo.

En realidad, he dicho lo que consideraba pertinente en el último Congreso Internacional de Psicoterapia realizado en Lima, en el que leí una ponencia sobre *Psicoterapia para la población menos favorecida.*

MS. Eso de los 25 años de estudios —vale la pena aclarar— es contando desde kindergarten. Lo demás, como usted dice, es un problema espinoso. Menos mal que nosotros los psiquiatras sabemos (y también deben saberlo los clientes) que nadie muere por no hacerse psicoterapia.

AS. En cuanto a los 25 años, me refería, naturalmente, a toda la preparación que es necesaria para poder nombrarse como psicoterapeuta. Si nos reducimos a la preparación específica, podemos decir que, a los diez años de estudios médicos (pre-médicos, Escuela de Medicina, internado, etc.) se añaden por lo menos cuatro de especialización psicoterapéutica y muchos de práctica.

No me atrevería a asegurar que nadie muere por no recibir psicoterapia. Los suicidios de los neuróticos son más comunes de lo que generalmente se sospecha y, por otra parte, ¿hay peor muerte que la del que sigue viviendo con el espíritu en caos?

MS. Los suicidios de algunos que están en psicoterapia deben agregarse a su señalamiento, si queremos decirlo todo en esta conversación. Y es que, en ciertos casos, ni la psicoterapia mejor hecha puede salvar un espíritu en caos.

AS. Los suicidios de algunos individuos sometidos a la psicoterapia no pueden ni asustar ni ser señalados peyorativamente. Con ese criterio podríamos también referirnos a todos los que mueren a pesar de haber sido sometidos a los mejores procedimientos médicos o quirúrgicos. Ni la psicoterapia, ni ningún procedimiento humano ha llegado, ni llegará a "curar" el cien por ciento de los casos.

En cuanto a la segunda parte de su afirmación, no estoy de acuerdo. Todos conocemos —y han sido publicados— casos en los que la psicoterapia ha sido capaz de modificar fundamentalmente, hacia la salud, muchos caos espirituales y psicológicos.

MS. ¿Qué opinión le merecen los trabajos de Eysenck sobre los efectos de la psicoterapia?

AS. Me parecen interesantísimos y dignos de ser tomados en cuenta. Toda ciencia y todo procedimiento necesitan de la crítica para ser y hacerse. Sin embargo, las afirmaciones de Eysenck no han detenido el auge de la psicoterapia, cuyos procedimientos, no solamente siguen aplicándose, sino que se multiplican cada año. ¿No le dice eso algo? ¿No le habla del hecho de que la psicoterapia llena una necesidad humana íntima? ¿No le recuerda aquella famosa frase: "Los muertos que vos matáis gozan de buena salud"?

MS. Me gusta su afirmación: "Toda ciencia y todo procedimiento necesitan de la crítica para ser y hacerse". Con la rotunda veracidad de aforismo aleccionador que tiene, cuánto bien va a ocasionar en la psiquiatría peruana, tan ajena a la crítica y a la autocrítica.

También me gusta: "La psicoterapia llena una necesidad humana íntima". Es toda una puerta de entrada a la consideración del hombre como criatura esencialmente carencial. Desde que nace hasta que muere, cuánta ayuda necesita y de cuántos. ¿Cómo negar entonces, cómo oponerse, y más aún, cómo "matar" a la psicoterapia, sabiéndose lo que es ella? Justamente, porque sabemos que es una de las tantas maneras de ayudar a esa criatura esencialmente carencial, hay que velar para que se perfeccione en todo sentido, pero también se vela criti-

cando y autocriticándose. Por el mismo motivo, *todos* deberían tener la oportunidad de acceder a ella. Y creo que en eso estábamos. No sólo la población menos favorecida económicamente está imposibilitada para psicoanalizarse. Cualquier médico, por ejemplo, también lo está, a menos que se anime a pagar mensualmente a su psicoanalista todo lo que gana trabajando durante todo un mes en cualquier hospital.

¿Cuál es entonces la clientela de los psicoanalistas de hoy?

AS. La clientela de los psicoanalistas de hoy es la de siempre: los ricos. Pero, creo que está usted confundiendo –peligrosamente– psicoterapia con psicoanálisis.

MS. De todos modos, sea psicoterapia de orientación dinámica o psicoanálisis, tratándose de clientela, ésta siempre es la clase pudiente, libras más, libras menos. Ella (la clase pudiente) tiene todo el derecho del mundo de recibir la ayuda de la psicoterapia. Lo único que recalco aquí es que en esta área sucede lo que en las demás: una enorme desigualdad de trato de una clase social a otra.

No creo que el recurso que podría llamarse *recurso de Robin Hood* (cobrar más al que tiene más para cobrar menos al que menos tiene), que algunos pretenden aplicar para solucionar este problema, sea la solución. ¿Tal vez ella se encuentre en la socialización de la medicina?

AS. Las diferencias en el trato psiquiátrico que existen de acuerdo con la clase social de los pacientes han sido ilustradas desde el trabajo, ya clásico, de Hollingshead y Redlich, al que vale la pena referirse: ante todo, descubrieron que había un contraste notable entre el número de casos tratados por enfermedades psiquiátricas. Así, en las clases I y II (formadas por profesionales y gente rica) hallaron 556 por 100,000 mientras que en la clase V (el grupo de individuos casi sin instrucción, trabajadores no calificados) la proporción era de 1,659 por 100,000.

Es acaso aún más interesante la comprobación de que, en las clases I y II, predominaban enormemente los diagnósticos de neurosis, que iban disminuyendo conforme se pasaba a las

clases socialmente menos favorecidas, mientras que las psicosis seguían camino contrario. Así, se registraron 518 casos por 100,000 en la clase IV y 1,504 en la clase V (1). En cuanto a la sintomatología, los autores dicen, intentando una síntesis gráfica: "El neurótico de la clase V se porta mal, el de la clase IV se queja de dolores físicos; el paciente de la clase III se defiende asustado y el de las clases I y II está insatisfecho consigo mismo".

En lo que se refiere a la atención, los hallazgos son interesantísimos: el 87.7 por ciento de los enfermos de clases I y II eran tratados por psiquiatras en práctica privada, en comparación con el 9.8 por ciento en la clase V. En los hospitales psiquiátricos se atendían el 19.7 por ciento de la clase V y ninguno de las clases I y II. El 49.9 por ciento de las clases I y II eran tratados por psicoanálisis o psicoterapia psicoanalíticamente orientada, mientras que la proporción era de 4.9 por ciento para los de la clase V. Y, lo que es más interesante aún, aquellos de las clases I y II eran vistos, en un 94.3 por ciento durante una hora de psicoterapia, mientras que los V recibían de 15 a 30 minutos.

Vale la pena también reseñar, aunque sea brevemente, otro aspecto que los autores destacan. Dividen a los psiquiatras en dos grupos: aquéllos con orientación analítica o psicológica (grupo A-P) y aquéllos con orientación directiva y orgánica (D-O). Los primeros se hallaban en los hospitales universitarios y los segundos en los hospitales estatales. Concluyen los autores diciendo que "La clase V, que necesita más ayuda —social y psiquiátrica—, es la que menos recibe".

En cuanto a la socialización de la medicina, usted conoce cuánto se ha dicho en pro y en contra. En lo que a la psiquiatría se refiere, creo que son mayores las desventajas que las ventajas. Sabemos bien, entre otras cosas, que, en el campo de la psicoterapia, tiene una importancia primordial lo que ella significa, en nuestra sociedad, como sacrificio monetario para el paciente. Acaso una solución sería la de que, pagándose al psicoterapeuta un sueldo fijo, cada paciente abonara un porcentaje de sus ganancias a la institución.

MS. La no solución de este problema hasta la fecha quién sabe sea uno de los disparadores de la hostilidad dirigida a los psicoterapeutas y, en especial, a los psicoanalistas de parte de gente que, aparentemente, no tiene por qué tener esa hostilidad. Un ejemplo célebre, el de Norbert Wiener: fue atendido por varios psicoanalistas. De ahí que los conocía un poco más que el común de las personas. Entre otras cosas, el padre de la cibernética, dice: "las máximas de sumisión y sacrificio financiero por parte del paciente parecerían ofrecer demasiadas ventajas profesionales y financieras al psicoanalista para que fueran totalmente objetivos".

AS. Es verdaderamente difícil ser objetivo frente al psicoanálisis. Recuerde usted que Honorio Delgado escribió una vez que los "usufructuarios" del método de Freud, derrotados en el campo de la medicina mental, "buscan clientela en el de la medicina corporal, pues la práctica del psicoanálisis es, ante todo, un buen negocio". Frente a quienes así se expresan, hay centenares que, fanáticamente, se pronuncian por la divinización del psicoanálisis. Como siempre, la verdad está en el medio.

MS. Honorio Delgado es vulnerable en muchos aspectos. A lo que decía sobre el buen negocio que significa la práctica del psicoanálisis fácil era replicarle que mejor negocio es el de las clínicas privadas. El tenía una para pacientes "neuropsiquiátricos".

¿Sabe usted, doctor Seguin, cuánto cuesta estar internado un mes o dos en cualquiera de las clínicas de nuestros colegas?

AS. Indudablemente que un tratamiento en cualquier clínica es costoso. Piense usted en lo que significa, en soles, una operación quirúrgica o cualquier enfermedad un poco larga. No es, pues, "privilegio" de los pacientes psiquiátricos el del sacrificio pecuniario. No creo que la solución esté en protestar contra las clínicas privadas —que, al fin y al cabo, son un negocio como otro cualquiera— sino contra la incapacidad de la sociedad de ofrecer *a todos* las mismas facilidades. (Que quede claro que no poseo ni tengo acciones en ninguna clínica). A usted le consta que hay excepciones. Durante muchos años la

atención a los enfermos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero era muy superior a la que podía ofrecer la mejor clínica privada.

MS. Eso es lo que se debería hacer: internar pacientes psiquiátricos en *cualquier* hospital, igual que se interna a *cualquier* paciente. ¡Tanto lo ha dicho usted en todos los tonos que para qué redundar en eso! Además, no quiero desviarme del trascendente tema del dinero y la medicina. Viejo tema, pero de una sorprendente longevidad debido a que es tratado por lo general humorística o sarcásticamente. Sin embargo, hay cosas que, en este terreno, no dan tela ni siquiera para el humor negro, como el *Libro Negro de Amberes*. Era éste una especie de guía de pacientes que habían incumplido con sus pagos. Los médicos de Amberes de hace ya unos buenos años no los atendían mientras no cancelaran al colega damnificado correspondiente. Puede aducirse que no podemos juzgar el hecho con la objetividad necesaria a tanto tiempo de distancia. Así sea.

Más bien hay otro en relación con lo mismo, de permanente actualidad, y es éste: si se acepta que no todos los casos que entran en psicoterapia salen beneficiados por ella, ¿qué actitud adoptamos sistemáticamente con aquellos que abandonan las consultas cuando ya han abonado, supongamos, un promedio de cien mil soles? Aunque en nuestros consultorios no colgamos el conocido anuncio: UNA VEZ QUE LA MERCANCIA SALE DEL ESTABLECIMIENTO, NO HAY LUGAR A RECLAMOS, algo de esa advertencia va incluida tácitamente (iba a decir tácticamente) en el contrato que establecemos con nuestros clientes. Vale decir, no les reembolsamos los cien mil soles. ¿Cobrará el cirujano al que se le muere en la sala de operaciones?

¿No es ese otro problema del que nunca se habla? ¿O de repente no es ningún problema y sólo es una preocupación neurótica de alguien proclive a la culpa e incapaz de oxigenar su super-yo en las eficaces agallas de la racionalización profesional?

AS. Creo, ante todo, que cualquier promesa de curación, en medicina en general y en psicoterapia especialmente, es una falta de técnica y una falta de ética. Nadie puede estar seguro

de que va a curar a nadie y eso debe dejarse muy claro antes de comenzar. Por otra parte, lo que el psicoterapeuta cobra, no es la curación sino su trabajo. Si un paciente no cura (por cualquier razón), eso no significa que el terapeuta no ha empleado tiempo y trabajo en su tratamiento. Si el enfermo ha gastado, como usted dice, cien mil soles ¿cuánto ha significado eso en horas terapéuticas y en tensión emocional para el terapeuta? ¿Cree usted que un médico no debe cobrar a un enfermo porque no lo ha curado? El médico, en muchas oportunidades —un cáncer o una artritis reumatoidea crónica, por ejemplo— sabe muy bien que no va a curar a su paciente. ¿Quiere decir eso que va a dedicar su tiempo, sus conocimientos y su desgaste humano por meses y meses a un enfermo sin cobrárselos (si él puede pagarlos, por supuesto)? ¿Conoce usted algún cirujano que haya dejado de cobrar por una operación, sea cual fuere el éxito? Repitiendo: lo que se paga no es el resultado, sino el tratamiento, es decir, simplificando, el trabajo profesional.

MS. Su respuesta, desde el punto de vista de la lógica, es irrefutable, pero, desde la perspectiva de los que solicitan nuestros servicios, tiene sus bemoles. ¿Pagamos al técnico que nos devuelve el televisor igual de malogrado como se lo dimos para que lo arreglara? Ya sé que un enfermo no es una máquina descompuesta. Utilizo la comparación solamente para ser más gráfico. Y seguro que creeríamos que el técnico nos está tomando el pelo si extiende un recibo de pago, argumentándonos: "Vea usted, he estado tantas horas revisando su televisor y si no he dado con la falla, no es culpa mía".

Reconozco en mi pregunta un ligero relente de bizantinismo. No obstante la formulo porque el problema que estamos tratando —aún no resuelto, como ve— data para mí desde la primera vez que le escuché hablar del *grabbing syndrom*, expresión inventada por usted para calificar ¿qué?

AS. Por supuesto que la comparación es absurda. Un aparato de televisión es un artefacto que se compone de piezas que pueden ser reemplazados a voluntad y tantas veces como sea necesario. Por otra parte, repito lo dicho: no hay ningún mé-

dico que, honradamente, pueda prometer curación a ningún paciente. Lo que puede, y debe, hacer es exponer claramente las posibilidades y las esperanzas de buen resultado, dejando al paciente el resolver si, dadas las circunstancias, emprende el tratamiento o no y atenerse a las consecuencias.

En cuanto al *grabbing syndrom*, la frase nació en un momento interesante de la vida del grupo psiquiátrico del Hospital Obrero. Durante años había reinado un espíritu de superación médica y humana, en un afán de estudio y de servicio notables. Llegamos a tener el doble número de psiquiatras *ad-honorem* —que asistían para aprender— que el de los rentados. Por alguna razón, que sospecho pero que, como no estoy seguro, no me atrevo a señalar, de pronto empezó a notarse un cambio. Los miembros del equipo comenzaron a hablar de dinero, de honorarios y sueldos y a mostrar inusitado interés pecuniario. A esto es a lo que llamé el *grabbing syndrom*. El verbo *to grab* no tiene una buena traducción al español. Equivale al *grabbelen* alemán y significa algo como arranchar (que no es castellano académico), arrebatar, apropiarse bruscamente de algo.

MS. ¿De qué vivían los psiquiatras *ad-honorem*?

AS. Los psiquiatras que trabajaban *ad-honorem* en nuestro Servicio pertenecían a dos grupos distintos: los becarios extranjeros, que venían especialmente hasta Lima para enrolarse en nuestro grupo, y los colegas peruanos. Los primeros llegaban financiados por sus universidades o sus gobiernos (algunos lo hicieron con su propio peculio), lo que les permitía vivir estrechamente. En cuanto a los peruanos vivían del trabajo de sus consultorios y entregaban sus mañanas al hospital. Todos laboraban entusiasta y honestamente, amaban lo que hacían y le aseguro que no se quejaban.

MS. Yo creo que un porcentaje apreciable de médicos sufren del *grabbing syndrom*. ¿Por qué los noveles psiquiatras que se formaban a su lado tendrían que ser, *todos*, la excepción? Si tal síndrome no se evidenciaba en la época que usted señala, y sí después, es porque a partir de los años sesenta las cosas comenzaron a cambiar notablemente. Los grandes cambios de

fuera tenían que reflejarse adentro también como otros tantos cambios. Por ejemplo, la concepción de que todo trabajo debe ser remunerado. Esta sencillísima fórmula, parece mentira, antes de los años sesenta podía haberse escuchado y conocerse de memoria, pero no era imperativo regulador del difícil engranaje de deberes y derechos. Los médicos que llegaron a los hospitales a partir de la década del sesenta hicieron carne de eso en el espíritu de todos y, usted ve, todo médico residente (que es el que más trabaja en un hospital y el que no ganaba nada) ahora gana.

Que la *buena nueva* haya despertado, además, adormecidas tendencias, como la del *grabbing syndrom*, es harina de otro costal. Si no, ¿cómo se explica que los niños de pecho que se contentaban solamente con el alimento del maestro, de la noche a la mañana, se convirtieran en voraces piranitas? Fue tan notorio el cambio que, lo recuerdo muy bien, usted lo comentaba en todos los tonos y para bautizar esa efervescencia crematística creó la feliz expresión *grabbing syndrom*, que, repito, califica una tendencia general, más que una particular.

AS. Frente a una ocupación cualquiera creo que debe considerarse lo que el trabajo significa y las ventajas que ofrece. Si el "trabajador" gana en conocimiento, en satisfacción, en oportunidad, puede ser que se considere suficientemente pagado. Le recordaré que en países como la Argentina, los asistentes voluntarios a los servicios de un hospital no ganan, por muchos años, nada. Por ejemplo, en el Servicio de Goldemberg, en Lanús, había cinco psiquiatras rentados y cincuenta, *cincuenta, ad-honorem*. En los Estados Unidos los residentes ganan de acuerdo con la entidad científica y pedagógica del hospital en el que trabajan: las instituciones no reputadas pagan los más altos sueldos, mientras que en los famosos hospitales universitarios los sueldos son irrisorios. Sin embargo, estos últimos tienen muchos más candidatos. Y ello ocurre en los Estados Unidos, un país tan pragmáticamente organizado.

Las causas del vuelco del equipo de nuestro Servicio no son, para mí, claras. Hubo, es verdad, prédica de alguno de los miembros de él, pero aún no alcanzo a explicarme el brus-

co cambio que se produjo. No creo que la explicación esté en la vaga afirmación de que en los años 60 "las cosas comenzaron a cambiar notablemente", como no creo en cambios bruscos, sociales o grupales. Lo que sí sé es que el comienzo del síndrome coincidió con nuestra entrada, como docentes, a la Facultad de Medicina...

MS. ¿Y acaso "nuestra entrada" a la Facultad de Medicina no ha tenido que ver con el espíritu de los años sesenta, el mismo que fecundó la acción de reclamar para que todo trabajo médico fuese remunerado? Claro que sí. Todo está relacionado con todo. Fue el espíritu de esa época lo que mantuvo con una persistencia victoriosa el esfuerzo de quienes posibilitaron la "salida" de los catedráticos de la Facultad de entonces, salida que hizo posible "nuestra entrada": relevo que alguna vez debe ser analizado dialécticamente.

Y entre aquella salida y aquella entrada, efectivamente, saltó la liebre del *grabbing syndrom*. En otros términos, se evidenció una de nuestras mayores contradicciones: la de querer encarnar, por una parte, el apostolado del más limpio humanitarismo médico, y la de obrar, por otra parte, como el más avezado Shylock tratándose del sucio dinero.

Quisiera quitarle toda apariencia moralizante a lo que acabo de afirmar citando, no a Carlos Marx, sino a Sigmund Freud, quien, al par que reconoció la decisiva injerencia de las motivaciones instintivas en la conducta humana, en ningún momento perdió de vista al *hombre total*, reconociendo en éste las también decisivas motivaciones económicas:

"*La fuerza del marxismo no estriba manifiestamente en su interpretación de la Historia ni en la predicción del porvenir que en ella se funda, sino en la perspicacísima demostración de la influencia coercitiva que las circunstancias económicas de los hombres ejercen sobre sus disposiciones intelectuales, éticas y artísticas. Con ello se descubrió toda una serie de relaciones y dependencias totalmente ignoradas hasta entonces*" (Freud: *Obras Completas*, Vol. II, pág. 871. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948).

¿No es la "influencia coercitiva" señalada por Freud la que explica que en los Estados Unidos se pague más en donde menos se enseña y, al revés, se pague menos donde se enseña más? ¿No cree que donde se paga más se paga así porque los que allí trabajan en el futuro no van a ganar sino eso, mientras aquellos que se resignan a recibir "momentáneamente" una paga menor a cambio de una enseñanza mayor es porque en el futuro van a explotar con creces su título, su "cartón", ese dorado documento que a la larga se convierte en el *ábrete sésamo* de prestigio, posición, puesto, poder, pitanzas mil? ¿No es lo que los entendidos en finanzas llaman una *buena inversión*?

Otra pregunta: ¿No cree que el cambio operado en nuestro grupo se debe, no tanto a la "prédica de algunos de los miembros de él", sino al haberse enclavado allí mismo una porción apreciable de la "generación de los años sesenta", quién sabe la generación de psiquiatras más interesante que ha habido hasta ahora?

Con la "generación de los años sesenta" la psiquiatría peruana ganó y perdió muchas cosas; entre otras, su ingenuidad.

AS. En un país tan utilitario como los Estados Unidos, si se supiera que, luego de pertenecer a un centro X se va a ganar más profesionalmente en el futuro, ¿no cree usted que todos irían allí? Hay algo más que eso en el meollo del fenómeno.

En cuanto a su segunda pregunta, no me atrevería a responderla. Creo que es labor para un sociólogo estudioso y perspicaz.

MS. ¿Alguno en particular?

AS. Para un sociólogo no fanatizado... lo que es difícil encontrar hoy.

objetos voladores identificables

MS. La evasión, el *viaje* buscado artificialmente —afirma Juan J. López Ibor—, se hace más por las rutas del inconsciente jungniano que por las del freudiano. ¿Es así?

AS. El "viaje", si se refiere al de las drogas, es, indudablemente, una evasión. Sería una evasión "hacia arriba" para Jung o, más que una evasión, una liberación de lo mejor de nosotros mismos. Para Freud mostraría el intento de una evasión "hacia abajo", hacia el inconsciente instintivo. Sin embargo, no es nunca un descender completo y desinhibido. Cuando se trata de "un buen viaje", es una realización de deseos libre de culpa; cuando la culpa interviene, se produce un "mal viaje".

MS. A propósito, resulta interesante el énfasis que Mariano Querol pone sobre el uso del alcohol como un mal social más grave que el uso de la marihuana, idea que la mayoría parece no entender bien. ¿No será porque el uso del alcohol tiene en la propaganda comercial una excesiva ventaja sobre el uso de la marihuana?

AS. No creo que pueda aprobarse el uso de ninguna droga que produzca una intoxicación del sistema nervioso, llámese alcohol, marihuana o cualquier otra cosa. Desgraciadamente, el uso del alcohol no es ya una cuestión individual, sino que se ha hecho un "hábito social" (lo que prueba, entre paréntesis, qué mal anda la sociedad) y se ha complicado con intereses económicos. Tanto las bebidas alcohólicas como los cigarrillos

son productos que dan trabajo y ganancias a miles de personas, aparte de que significan una fuente de ingresos estatales. El comercio de la marihuana, como no está oficialmente aceptado, no pertenece aún a esas redes de intereses creados de los "buenos ciudadanos" y está en manos de delincuentes. Creo que esa es la principal diferencia y la razón de los fenómenos que usted señala.

MS. A lo de fumar y tomar hay que agregar *chacchar*. ¿Cuál es su posición sobre el consumo de las hojas de coca por nuestros indígenas? Usted sabe, hay médicos, entre otros profesionales, que defienden su uso como un estimulante tradicional.

AS. Creo que no se ha dicho la última palabra acerca de los resultados fisiológicos y psicológicos del coquismo. Debemos esperar las conclusiones de estudios sistemáticamente bien realizados antes de llegar a conclusiones que, de otra manera, estarían teñidas de prejuicios.

MS. ¿Hasta cuándo debemos seguir esperando? En éste como en tantos otros problemas nuestros, parece que viviéramos estancados en un inacabable "año de la espera". Pero, supongamos que ya se hayan llevado a cabo los "estudios sistemáticamente bien realizados" que usted recomienda, ¿cree que las conclusiones de dichos estudios podrían darnos más luces de las que podemos extraer de ese inigualable "laboratorio" que es, en este caso específico, el *tiempo*? Hace miles de años que nuestros paisanos vienen consumiendo coca y estamos en 1978, ¿no le dice nada eso?

AS. El cocaísmo es un problema del individuo y es un problema social. No ha sido estudiado a fondo en ninguno de esos aspectos. Lo que pueda decirnos el hecho de que nuestros indígenas "chacchan" coca desde hace mucho tiempo (no "miles de años", porque se sabe que, tan recientemente como el incanato, la usaban sólo ciertos grupos y que no era de empleo común) no prueba ni enseña nada. Hace más tiempo aún (recuerde a Noé) que el hombre se intoxica con alcohol y aún en nuestros días, a pesar de la investigación llevada a cabo por años, la ciencia está descubriendo "novedades". El "laboratorio"

social se hace útil solamente cuando se puede estudiar con método justo y riguroso. Así, las afirmaciones que, por un lado, achacan a la coca "la degeneración del indígena", como aquellas que, del otro, la consideran un necesario estímulo individual y social dadas las condiciones de su vida, no tienen bases serias en una sistemática investigación exhaustiva.

MS. Existe una manera demasiada expeditiva de explicar el *boom* de la drogadicción: la falta de comunicación entre padres e hijos (cargando la culpa a los padres, por supuesto). Al revés, he escuchado una explicación muy singular sobre lo mismo: la gente se droga, sencillamente, porque encuentra en eso un enorme placer. Según esta posición, el remedio estaría en encontrar en cada caso algo que sea más atractivo, más interesante, más seductor que la droga. En fin, hay el tipo de explicador que, sin la ingenuidad del abogado del factor único, pero sí con el facilismo del que aprende las cosas de memoria, apela a eso de lo multifactorial. Claro, ¿qué fenómeno que es, efectivamente, importante no tiene, a la vez, raíces sociales, económicas, históricas, culturales, psicológicas? Pero, en el caso de las drogas, ¿se puede dar un paquete de factores específicos y con una trabazón realista que, al fin, nos haga decir: "Esto es lo que realmente buscábamos"?

Sé que es muy difícil el asunto. Precisamente, por eso le pregunto.

AS. En ese fenómeno, como en todos, no podemos, naturalmente, hablar de "causas". Creo que se conoce mi opinión en el sentido de que todos los casos deben referirse más bien a "factores". En éste puede aplicarse perfectamente el planteamiento que tantas veces he expuesto: se trata de diferenciar los factores *predisponentes*, los *determinantes* y los *desencadenantes*. Los primeros se refieren a la herencia y a la constitución, los segundos a todas las influencias físicas, psicológicas y sociales que han actuado sobre el individuo desde su concepción y los terceros son, como lo dice el nombre, los que desencadenan el fenómeno que se estudia.

En el caso de la adicción a las drogas los primeros no han sido claramente precisados o, hasta ahora, no se prestan a con-

clusiones útiles. Los segundos, los determinantes, son los que tienen mayor importancia y, entre ellos, por supuesto, la educación, con la infinita gama de influencias que la califican. Podría hablarse, acaso, no tanto de falta de comunicación como de identificación con los padres que, si no son drogadictos, en el sentido lato del término, son alcohol-adictos o fármaco-adictos. Podría también recordarse las deficiencias en la formación del carácter debidas a indulgencia extrema —que no prepara para las frustraciones— o a extrema rigidez —que llevaría a la desobediencia y a la oposición. En cuanto a los factores desencadenantes, en varias oportunidades me he referido a algunos, que no son sino aquellos que, sobre la base de los anteriores, determinan la aparición del cuadro. Podríamos nombrar, entre ellos, la curiosidad, la necesidad de pertenecer al grupo o de no ser tachado por él, la búsqueda del placer y la aventura, la huida en la fantasía y en el "vuelo", etc.

El fenómeno debe estudiarse, pues, en cada individuo, considerando, en cada caso, el juego de los diferentes factores, su importancia y vigencia, lo que nos daría el verdadero diagnóstico pluridimensional y la posibilidad de un tratamiento justamente orientado.

MS. ¿Cree usted que algunos niños nacen ya drogadictos porque se han desarrollado durante los nueve meses consabidos en el seno de una madre que, incluso en ese tiempo, sigue drogándose? De ser así, ¿no debería incluirse entre los factores predisponentes el período de la gestación?

Quién sabe peque de puntilloso, pero lo que Spitz llama "bagaje congénito", o sea el conjunto de herencia, constitución y gestación, en este caso, como en pocos, tiene razón de ser.

AS. Creo que debe distinguirse entre las drogas que ocasionan adicción y las que no lo hacen. Me refiero, por supuesto, al estado *físico* de necesidad que los opiáceos, por ejemplo, originan, en contraste con las otras drogas, como la marihuana, que no producen ese estado de necesidad física.

En el primer caso, es indudable que puede presentarse en el hijo de una adicta, al recibir constantemente la droga, ese estado de necesidad. En los otros casos, no.

Felizmente, en nuestros días, lo que predomina es el uso de drogas no adictivas (lo que no quiere decir que no causen *habituación* o, si se quiere, estado psicológico de necesidad) y, por lo tanto, el peligro no es, en ese sentido, grande.

MS. Hay algo que a menudo constituye para mí un motivo de meditación, y es esto: en la llamada guerra contra las drogas los psiquiatras hemos sido olímpicamente derrotados. ¿No cree usted lo mismo?

AS. Se trata de un problema interesantísimo, que tiene que ver con la estructura misma de la personalidad. Parece que el hombre ha necesitado siempre recurrir a algo que lo aleje de la realidad, para sentirse mejor. Desde los pueblos primitivos, con su descubrimiento de las plantas con efectos psicodélicos, y nuestros antecesores, usando y abusando del alcohol, esa débil criatura ha buscado, de una manera u otra, huir del diario batallar a través de lo que diluya su Yo y le permita vivir en otro mundo, donde se sienta más libre y pueda, aunque fuera en la fantasía, alcanzar lo que le está negado en éste. Y no se trata solamente de las drogas, sino también de los medios psicológicos: los éxtasis, las visiones, las ceremonias con efectos desconcientizantes... A veces tengo la tentación de extender esos conceptos al arte mismo, que sería la forma más "normal" de salirse de lo terreno y "volar".

MS. ¿Y cómo explicaría que no pocos artistas, o sea aquellos que practican, según usted, *la forma más "normal" de salirse de lo terreno y "volar"* (a través del arte), son, además, drogadictos? Yo estoy de acuerdo en que el arte *algunas veces* es una bien camuflada torre de marfil, pero, ¿por qué el que ya está en esta torre quiere estar, además, en una "torre de alucinados"?

AS. Hubo un tiempo en el que el artista era un paria y se comportaba como tal. Diría que la sociedad misma lo obligaba a la rebeldía y a la conducta "anormal". Generalmente la sociedad crea un rol y nos obliga a meternos en él.

Hoy la posición del artista ha cambiado y, francamente, no creo que haya entre ellos más borrachos o drogadictos que en el resto de los seres "normales".

MS. Por lo menos hay voluntad de cambio (no estoy seguro de si se la ejerce plenamente como usted asegura) y, sobre todo, una alentadora toma de conciencia y rechazo del rol de "paria". Sin embargo, no son pocos los artistas que aún terminan mal.

AS. Si es verdad que muchos artistas "terminan mal", ¿se han hecho estadísticas que prueben que más artistas terminan así que el resto de los mortales? Sería la única forma de saber la verdad, puesto que es lógico que recordemos a un escritor notable que acaba en la cloaca y que ni sepamos que a cien hombres de la calle les pasa lo mismo.

MS. A los artistas, por favor, habría que eximirles de las estadísticas. ¿Cómo llegar a conocerlos, entonces? Por lo que ellos mismos nos cuentan.

He aquí un testimonio, nada científico, pero tan válido como cualquier recuento estadístico, y posiblemente más válido que él. El testimonio es de Washington Delgado y lo da a través de la poesía llamada, precisamente, "Poetas". Escojo esta estrofa:

A menudo se emborrachan
con tabaco y aguardiente
y placeres sexuales y otros placeres
igualmente nerviosos
o simplemente con el aire de la primavera,
pero si alguien los toca
estallan miserablemente y entonces
su melancolía es incurable.

AS. El poema que cita de Washington Delgado confirma lo que yo le decía: el poeta es un ser sensible, extraordinariamente sensible, y que se emborracha, como cualquier mortal.

MS. El alcoholismo fue elevado de la categoría "vicio" a la categoría "enfermedad". ¿No cree que es una viciosa recategorización? No estoy sugiriendo que se debe volver a la antigua categoría, pero que el alcoholismo sea una enfermedad no se me cocina. En algunos casos ha sido tomado como patente de corso. Todo médico seguramente ha escuchado decir

a más de uno: "¿No afirman ustedes que el alcoholismo es una enfermedad? ¡Cúreme, pues!"

Con la difusión que los psiquiatras realizamos del alcoholismo como enfermedad, entre otras cosas contraproducentes, descargamos de responsabilidad a los que incurren en él. No digo que hay que cargar de *culpa* a los alcohólicos, pero tampoco debemos descargarles de *responsabilidad*. De otro modo seguiremos propiciando el juego psicológico que Berne denomina "Si no fuera por ti", al que prefiero referirme llamándole el *fenómeno del tú-no-más*, en honor a ese vals que tanto gusta a los que se embriagan de irresponsabilidad, dos de cuyas líneas dicen:

Tú no más tienes la culpa
de lo que me está pasando.

Así como la medicina en general tiene una enfermedad llamada cáncer, que aún está muy lejos de ser remediada, la psiquiatría en particular tiene un problema llamado alcoholismo, de cuya solución estamos todavía muy lejos.

Además, mientras no hablemos de la responsabilidad del alcohólico, todo seguirá igual, ¿no cree, doctor Seguin?

AS. Creo que todo el problema gira alrededor del concepto enfermedad. Actualmente ese concepto se halla en crisis, especialmente en lo que a la psiquiatría se refiere. Nuestra especialidad se debate tratando de hallar un modelo que le permita categorizar los transtornos de la conducta humana. Señalaré, entre los muchos posibles, cinco modelos elegibles: 1. El modelo médico considera la enfermedad como una alteración biológica, que el médico debe "curar"; 2. El modelo conductista, con el agregado de la terapéutica de la retroalimentación *(feed-back)*, propone la conducta anormal como consecuencia de un aprendizaje defectuoso; 3. El modelo sociológico sostiene que esa conducta es un resultado de la directa influencia de la organización social; 4. El modelo psicológico afirma que las alteraciones tienen su razón de ser en los avatares de la educación, de la formación de la personalidad; 5. El modelo

existencial se refiere, más bien, a la interacción del hombre y su mundo.

Los tres primeros modelos (el médico-biológico, el conductista y el sociológico) eximen al hombre de responsabilidad, ya que él no sería sino un resultado de las circunstancias en las que nació y vivió. El modelo psico-dinámico varía este esquema, puesto que pone la responsabilidad en el individuo, que puede, y debe, buscar su curación cooperando en ella, y el modelo existencial responsabiliza directamente al sujeto de su vida y de su forma de vida, de su mundo.

Depende, pues, del modelo que elijamos para encarar el problema del alcoholismo. Si lo consideramos bajo los modelos 1, 2 ó 3, el pobre alcohólico es un juguete de fuerzas extrañas y es deber de los demás "curarlo". Si aplicamos, más bien, los modelos 4 y 5 —más este último— lo estamos haciendo consciente de su posición y de su responsabilidad para cambiarla.

Debo decir de paso —el extenderme sobre el tema me llevaría a plantear la creación de una nueva psiquiatría, a lo que me he referido antes como una utopía en el momento actual— que el problema fundamental del psiquiatra de hoy es el orientarse y adoptar un modelo de enfermedad, según el cual guiará su acción. Existe, por supuesto, la posibilidad de un eclecticismo, en este caso superabarcante, o de una concepción integral, muy difícil de realizar. El análisis factorial, del que antes he hablado, está orientado en ese sentido y puede ayudar muchísimo.

MS. Si adoptamos la postura del eclecticismo superabarcante, la responsabilidad aquella debe ser compartida entre el individuo y la sociedad. Así, no sólo el alcohólico será responsable de su alcoholismo, pero tampoco sólo los otros, sino "mita, mita, compadre", como diría don Justo Medio.

La responsabilidad de los otros se hace notoria cuando se da de alta al alcohólico. Este tiene que ser casi un superhombre para no reincidir. Las ocasiones abundan, los pretextos abundan hasta el colmo, tanto como el propio trago. ¡Qué descorazonador para los que aún creen en la ayuda centrada en el alcohólico cuando éste, por ejemplo, el mismo día de su al-

ta, "la celebra", sí, celebra su alta con trago y todo! Saltan entonces los partidarios de la aversión condicionada para alegar que eso es así porque no se generaliza el tratamiento aversivo. ¿Practica usted la aversión condicionada? ¿Cuál es su parecer sobre este método?

AS. El "curar" a un alcohólico no es, por supuesto, alejarlo del alcohol. Si consideramos lo dicho acerca de la constelación de factores que se hallan en estos casos, comprenderemos que es a ellos a los que hay que tomar en cuenta en todo intento de combatir la adicción. Si se trata de individuos que, por una razón u otra —la explicación varía con la escuela psicológica que prefiramos, desde las psicoanalíticas hasta la transaccional, por ejemplo— se refugian en el alcohol, no es quitándoles el refugio como vamos a resolver su problema. Debemos, ante todo, descubrir para qué necesita el paciente su intoxicación y dirigirnos a esa fuente ya que, si la eliminamos, habríamos atacado la raíz. Si nos preocupamos de modificar solamente la ingesta de alcohol —el síntoma— nos hallaremos que hemos dejado sin tocar lo que produjo el síntoma, y que el paciente, cada vez que ese problema profundo reaparezca, recurrirá al método que, de alguna manera, lo resuelve. En el mejor de los casos es posible que consigamos el abandono del alcohol, pero éste será substituido por cualquier otra droga, por la neurosis invalidante, por el síntoma psicosomático anulador o por la psicosis destructiva.

Muchas veces —y es ese el problema máximo —la raíz se halla en una defectuosísima formación de la personalidad, muy difícil si no imposible de modificar, o en la estructura del ambiente familiar y social en el que el paciente vive, o en ambos.

Ultimamente se han realizado investigaciones que llevan a aceptar la determinación genética del alcoholismo. Kaij, por ejemplo, estudió las parejas de gemelos y halló pruebas concluyentes: entre los gemelos bivitelinos, es decir, aquellos que tenían placentas separadas y, por lo tanto provenían de huevos distintos, la concordancia era del 67.7%, pero entre los gemelos univitelinos provenientes de un solo juego de genes, la concordancia era del 84.5%. Por otra parte, trabajos de Winokur

han encontrado, entre hermanos de alcohólicos, un 46% de riesgo. Lo curioso es que, entre hermanas de alcohólicos el riesgo es solamente del 5%. Estas cifras coinciden con otras obtenidas con distinto método, en Dinamarca, por Godwin y colaboradores. Estudiaron comparativamente gemelos, uno de los cuales había sido criado por familia distinta a la suya de origen y hallaron que, si se trataba de hombres, a pesar de haber sido alejados de su hogar, un gran porcentaje de los descendientes de alcohólicos se hacían alcohólicos también, mientras que, si se trataba de mujeres, el porcentaje era igual a los controles.

Todo eso parece probar que hay una herencia del alcoholismo, herencia que se manifiesta especialmente entre los hombres (!).

En todos estos casos nos hallamos atados de pies y manos y debemos recurrir a métodos de tratamiento sintomático. Uno de ellos es la aversión condicionada.

MS. No me imagino al propugnador del amor incondicionado aplicando la aversión condicionada.

AS. Yo tampoco.

honorio delgado y el psicoanálisis

MS. La Sociedad Argentina de Psicoanálisis fue reconocida como componente de la Asociación Internacional en 1942, la mexicana en 1957, y en años posteriores las sociedades de Uruguay, Brasil, Chile, Colombia y Venezuela. ¿Cómo explica usted que sólo en 1977 se anuncien los dolores de parto de una Sociedad Peruana de Psicoanálisis con "reconocimiento internacional"?

AS. Existen muchas cosas que pueden explicar el "retraso" de nuestro país respecto al auge del psicoanálisis. Trataré de enumerar algunas: ante todo, la actitud de Honorio Delgado. Bien conocemos la trayectoria de este pionero de la psiquiatría latinoamericana. Entusiasmado con las doctrinas psicoanalíticas desde 1915, llegó a elogios ditirámbicos y a predicciones exageradas hasta que, desde 1927, cambia completamente y se hace un enemigo enconado de la teoría psicoanalítica y del propio Freud. No se ha estudiado suficientemente este fenómeno, pero sí puede decirse que la actitud de Delgado —profesor de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, la única en la que se formaban médicos en el Perú— influyó sobre muchas generaciones desde la cátedra y en sus publicaciones, combatiendo al psicoanálisis hasta llegar al apasionamiento y anulando, así, cualquier posible vocación.

La segunda razón podría ser que no llegó a nuestra patria ningún psicoanalista bien formado, posiblemente porque el Perú es pobre y no se hallaba en condiciones de llamar la atención de aquellos que buscaban abrirse camino con su técnica. Por otra parte, en distintos países latinoamericanos, debido precisamente a la falta de una figura destacada, la psiquiatría era casi campo virgen y propicio para reclutar adeptos para algo nuevo y prometedor. En la Argentina, la presencia de Angel Garma, en México la de Erich Fromm, son ejemplos de lo que acabo de decir. En Chile el profesor titular de la Universidad Nacional fue Ignacio Matte Blanco, psicoanalista formado en Inglaterra. En el Brasil, aparte de un psicoanalista traído también de Inglaterra, influyeron aquellos psiquiatras formados en la Argentina mediante becas que, entonces, ofrecía la Asociación Psicoanalítica Argentina.

En cuanto al "reconocimiento internacional", él se obtiene llenando una serie de condiciones estrictas: la existencia de un número de psicoanalistas inscritos en la Sociedad Internacional y la formación de un "grupo de estudio" que, después de varios años de trabajo, si llena las condiciones reglamentarias, se convierte en la Asociación Nacional y es recién reconocida.

Desgraciadamente, para la realización de ese propósito, en el que se hallan embarcados los entusiastas psicoanalistas peruanos de hoy, el momento no es propicio. Ha pasado ya la "edad de oro" del psicoanálisis en el mundo; lo valioso de él —que es mucho— se ha incorporado al acervo común de la psiquiatría "clásica" y las exageraciones —muchas también— van siendo dejadas de lado por quienes tienen madurez y experiencia. El peligro está en que, en nuestro país, precisamente por el "desfase" señalado, los practicantes jóvenes tengan que recorrer el camino y caigan en las faltas que han sido largamente superadas en otras partes.

MS. ¿Cuáles faltas?

AS. Ante todo, el fanatismo. El creer que el psicoanálisis había dicho la última palabra y que, por lo tanto, todo el resto estaba de más.

Luego, como parte de lo anterior, el entusiasmo producido por el descubrimiento de la "dimensión psicoanalítica" en el enfoque humano, que llevó a ver todos los fenómenos a través del lente de la interpretación, basada en los postulados de la evolución de la libido.

El "espléndido aislamiento" de los psicoanalistas, que, considerándose aparte y superiores, no se mezclaban con los otros psiquiatras o psicoterapeutas, mantenían sus cónclaves privados, a los que estaba prohibido asistir si no se pertenecía al clan y el que, con el derecho que les daba su dominio y manejo de la "psique abismal", no se sentían obligados a una posición igualitaria y abierta al intercambio de ideas.

MS. ¿Esas faltas no dependerán más de la calidad personal del psicoanalista que de la calidad doctrinal del psicoanálisis?

AS. Recuerde que he dicho que fueron faltas de los primeros tiempos y que se debieron al momento histórico que condicionó una lucha desigual y sin cuartel que los psicoanalistas debieron afrontar y que, como en otros casos sociológicos, los llevó a defensas que ahora están largamente superadas.

MS. Usted dice que no se ha estudiado suficientemente el viraje de Honorio Delgado, respecto al psicoanálisis, de una adhesión fervorosa a una detracción radical. Sin embargo, tengo entendido que usted sí lo estudió, aunque el trabajo correspondiente no ha sido publicado.

AS. El trabajo a que usted se refiere tuvo su origen en que la Sociedad Peruana de Psicoterapia me pidió que expusiera, en un Congreso, la historia de la psicoterapia en el Perú. Para cumplir ese compromiso tuve que revisar todo lo publicado y, al releer las producciones de Delgado, me pareció que valía la pena continuar y profundizar el estudio de su evolución psicológica.

Fui destacando, en ese análisis, los pasos dados por el profesor sanmarquino desde su tesis de bachiller, en la que alababa incondicionalmente a Freud y al psicoanálisis, hasta sus trabajos posteriores, en los que la admiración y el respeto discipular se convertían en menosprecio y visible animadversión.

De ese estudio salió una monografía: *Honorio Delgado y el psicoanálisis*, en la que estudiaba detenidamente cada uno de

sus trabajos a través de los años y veía cómo, hasta 1927, Delgado se manifestaba como un admirador de Freud, hablaba de su "ánimo excelsiórico" y lo comparaba con las más grandes figuras de la humanidad y cómo, desde entonces, se declara enemigo de la teoría y su fundador y emplea, para calificarlos, adjetivos con tanta connotación catatímica como, en sentido polarmente opuesto, usara antes.

MS. ¿No cree usted que todo eso obedece, entre otros factores, a que Honorio Delgado, en realidad, no sabía psicoanálisis?

AS. Por supuesto que la obra de Honorio Delgado debe ser estudiada seria y acuciosamente. Se trata de una personalidad de marcados relieves y de un hombre que se adelantó, en mucho, al resto de los psiquiatras latinoamericanos.

Desgraciadamente, detrás de su apariencia lejana, se agitaba un espíritu proclive a las pasiones más enconadas, lo que obscurecía grandemente, en ciertos momentos, su cierta capacidad crítica.

Y se le debe estudiar seria y acuciosamente superando el tabú que existe de tocar su figura. Este tabú se formó como se forma frente a toda persona que une a su prestancia su autoritarismo, lo que lo convierte en el "papá" intocable de quienes necesitan algo así.

En cuanto a Delgado y el psicoanálisis, aparte de la exposición de mi trabajo, creo que debe aclararse que él sí sabía de psicoanálisis cuando comenzó a defenderlo y a elogiarlo. Fue Delgado el que introdujo las doctrinas freudianas en los países de habla castellana y sus contribuciones merecieron mención del propio Freud. Luego, cuando cambió completamente de opinión y se convirtió en un combativo denostador, parece que ya no le interesó leer lo que se publicaba y siguió rompiendo lanzas contra los conceptos que habían sido superados por los estudiosos progresistas.

Me atrevo a decir que los casos que conozco tratados por él en su época freudiana mostraban que su comprensión era intelectual y que no manejaba, de ninguna manera, la transferencia, que negó enfáticamente luego.

MS. A eso me refería cuando dije que Delgado no sabía psi-

coanálisis. En medicina el verdadero saber está marcado por la práctica. Me explico. Yo solamente debo decir que sé operar, si opero; y solamente debo decir que soy buen cirujano, si opero bien; y solamente debo decir que opero bien, si los resultados son satisfactorios. Todo eso es lo que Honorio Delgado quiso decir, *mutatis mutandis* (o sea, no sólo que sabía psicoanálisis, sino que sabía hacerlo bien; y no porque él lo decía, sino porque los resultados hablaban por él), cuando en la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* de julio de 1922 (IV, 3, 234-248) afirmó que a través de "conferencias de cultura psicoanalítica" había curado (subrayo, *había curado*) once de los veintisiete pacientes psicóticos, entre ellos, esquizofrénicos y maníaco-depresivos, que asistieron a sus conferencias.

¿Cómo se entiende todo eso? Yo quiero creer, para no creer cosas más feotonas, que Honorio Delgado no sabía de qué hablaba. Más claro: no sabía psicoanálisis.

Una imprescindible digresión: usted da un año preciso, 1927, que separa tajantemente la actitud de Delgado respecto al psicoanálisis en dos etapas: una en *pro* y otra en *contra*. ¿No cree que existen más bien tres etapas: 1. Etapa freudofílica, de 1915 a 1927; 2. Etapa de latencia, de 1928 a 1939; y, 3. Etapa freudofóbica, de 1940 en adelante? Cabe precisar esto para ubicar en su exacto contexto cada afirmación que pueda hacerse sobre la materia, como la asombrosa cura de psicóticos mencionada.

Además, ¿por qué afirma usted que "fue Delgado el que introdujo las doctrinas freudianas en los países de habla castellana"?

AS. No creo que discutamos si usted quiere registrar una "etapa de latencia" entre la "freudofilia" y la "freudofobia" de Delgado. Ella se extendería de 1928 a 1930 y no 1939. En 1930, en un trabajo sobre la "Psicología del Mito", publicado en la Argentina, ya apunta su reacción antianalítica, que se afirma en 1933. Lea su *Psicología*. En 1936 publica "La obra de Freud en el último decenio" y allí ya es francamente agresivo. Por último, en 1938 aparece su "Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas" donde puede leerse lo más característico de sus reacciones catatímicas anti-freudianas.

En lo que se refiere al trabajo que usted cita, no creo que podamos ser tan drásticos. Ante todo, no se trata de una práctica psicoanalítica como tal, sino de una comunicación, en la que se refiere a una serie de conferencias tituladas "La instrucción psicoanalítica como tratamiento de la alienación mental". Es verdad que en ella hace afirmaciones que hoy nos parecen absurdas, pero, para ser juzgadas, necesitan de la ponderada consideración de varios hechos: 1. Delgado se hallaba en una época de juvenil entusiasmo y, como he afirmado, era muy apasionado; 2. En 1922, fecha de la publicación, ese entusiasmo era compartido por los freudianos de entonces y no se conocía aún lo suficiente para no ver claramente las limitaciones del método; 3. Delgado no tenía una seria preparación en la metodología de la investigación psiquiátrica, como no la tenía ninguno de los especialistas de la época. Es verdad que el trabajo confirma lo que le dije antes: que el conocimiento que tenía del psicoanálisis era teórico y libresco y su actividad —de acuerdo con sus características personales y con el hecho de no haber sido él mismo psicoanalizado— se desenvolvía en un nivel intelectual. Ya en su tesis confiesa que no tiene experiencia clínica y se escuda en una frase de Leonardo da Vinci. Luego intenta un acercamiento a los pacientes, pero nunca pasa del manejo intelectual de los problemas y las soluciones.

En cuanto a mi afirmación, por usted citada, ella refleja, ante todo, dos referencias de Freud. En su "Historia del movimiento psicoanalítico" (*Obras completas*, Vol. II, Edit. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948) hallamos una nota al pie de página (pág. 902), que dice:

De la viva participación de los países de habla española (prof. H. Delgado, de Lima), testimonia la edición de mis Obras completas, *actualmente en curso de publicación en Madrid (traduc. de López-Ballesteros).*

Y en el "Esquema del psicoanálisis" (Ibid. pág. 15), dice:

Entre las revistas de lengua románica que dedican especial atención al psicoanálisis, debemos mencionar la Revista de Psiquiatría, *dirigida por H. Delgado, de Lima (Perú).*

Delgado, por su parte, afirma, en un trabajo publicado en la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, que su tesis es el "primer libro del asunto en español".

Creo que lo es, aunque debamos registrar referencias, no médicas, en autores como Ortega y Gasset. Su trabajo "Psicoanálisis, ciencia problemática", es de 1911.

MS. Si eso se hubiera dicho, puntualmente, que Ortega y Gasset es el verdadero iniciador y difusor del psicoanálisis en "los países de habla hispana", aunque fuese filósofo y no médico, quién sabe ahora no tendríamos esa reacción que usted califica de drástica. En el fondo, ella no es otra cosa que la acritud del desencanto, no sólo porque se descubre que las supuestas prioridades al fin y al cabo no eran tales, sino por todo lo que se devela por cuenta propia, de resultas de lo cual uno tiene esa experiencia un tanto parecida a la del chico que descubre con el tiempo que sus padres no eran tan *grandes*. ¿Por qué no decirlo?: Honorio Delgado era santo de mi devoción a punta de escuchar tantas alabanzas, tantos sahumados elogios en torno a su figura, pero después de estudiar sus escritos a fondo e íntegramente, sufrí eso que él mismo llamaría *desorientación timética por pérdida de la fe*.

No era, pues, tan sabio don Honorio. Y ese pergamino de sabio ya lo tenía por 1922, cuando publica lo de la curación de esquizofrénicos y maníaco-depresivos. La obra clásica de Kraepelin, *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, estaba publicada hacía rato, un cuarto de siglo atrás aproximadamente. Era como para saber qué pacientes sufrían de esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva y qué criterios debían tenerse en cuenta para considerarlos *curados*. Por lo demás, el propio Delgado, en dicha oportunidad, se presenta como Profesor de la Universidad, Miembro de la Academia Nacional de Medicina y Médico Jefe de Servicio en el Asilo "Víctor Larco Herrera". Con tantos títulos no se le puede exigir menos...

Sobre si la etapa de latencia dura hasta 1930 ó 1939 solamente es cuestión de precisar los criterios que cada uno tiene para señalar esas fechas. Es cierto que los primeros indicios del viraje se descubren desde 1930; pero no es menos cierto que

de la freudofobia o fobia a Freud y a su doctrina, sólo puede hablarse, tanto por la cantidad como por la calidad de sus manifestaciones, luego de la muerte de Freud, acaecida en 1939.

Una razón, entre tantas razones que podrían darse como explicación de tal viraje, ¿no sería el hecho de que por los años treinta ocurrió la censura impuesta por el arzobispo de Lima a los libros de Freud?

AS. No creo que, en éste como en otros casos, deba verse solamente los aspectos negativos de la vida de un hombre. Aparte de sus errores, explicables, como le decía, por su apasionamiento, Delgado contribuyó inmensamente al realzamiento de la psiquiatría en nuestra América y a su progreso. Fue el introductor, no solamente del psicoanálisis, sino de todas las novedades que iban apareciendo, tanto en la teoría como en la práctica. Nos familiarizó con la fenomenología de Jaspers y Scheler, experimentó con el metrazol y la insulina, así como con la malarioterapia, entre otras cosas. Fue un estudioso y un erudito y, cuando el apasionamiento no se cruzaba en su camino, un crítico agudo y profundo.

Por otra parte, quizás es tiempo de que corrijamos la palabreja "freudofobia" si queremos, una vez más, ser precisos. Fobia, según la Academia, es un "temor morboso persistente" y se comprende como un miedo irracional e incorregible. Si bien puede ser que detrás del rechazo de Delgado al psicoanálisis se esconda un miedo (en el trabajo que hemos comentado intento llegar a una explicación dinámica de su vuelco), no creo que podamos, si pretendemos mantenernos en la necesaria claridad semántica, hablar de fobia en este caso. La fobia, entre otras cosas, no aparece cuando el objeto temido se halla ausente y se evita evitando su presencia y Delgado no perdía oportunidad de referirse a Freud despectiva y agresivamente desde 1930.

Como le decía, ya en ese año dice textualmente: "El causalismo positivista de Freud no explica siquiera el aspecto religioso del totemismo".

En la *Psicología* (1933) no hay, en la bibliografía, una sola referencia a las obras de Freud (!).

En 1936 es consciente de su vuelco y nos dice: "... es nuestro deseo justificar nuestra actitud, que no debe atribuirse a obra de la famosa 'agresividad', sino a la voluntad de no aceptar cerradamente los absolutismos y perseverar en la crítica de detalle".

Hay que leer íntegramente su estudio sobre las tendencias instintivas para ver hasta dónde había llegado ya, en 1938, su oposición al psicoanálisis y su viraje religioso.

Es verdad que su vuelco antifreudiano y su religiosidad comienzan a manifestarse casi simultáneamente. No me atrevería a decir, como usted insinúa, que el primero tenga raíces convenienciales. Bien puede ser que, en ese momento, abandonada la adherencia a "papá Freud", se haya inclinado hacia otro padre, como búsqueda de seguridad.

En cuanto a lo que usted refiere de su propio viraje por desilusión, él se asemeja, indudablemente, al del adolescente que no puede mantener por más tiempo la *imago* del padre de su infancia ("le ha fallado") y se vuelve contra él. Recordemos que no hay padre perfecto y que la culpa de nuestra desilusión la tenemos nosotros mismos, al ilusionarnos.

MS. Yo comparaba mi actitud a la del chico respecto a sus padres (si usted quiere ascenderme a adolescente, no me opongo) solamente en referencia al nivel emocional de lo que vengo diciendo, no así tratándose de otros niveles (lingüístico, lógico, heurístico, etc.), en los que, si me lo permite, puedo continuar dialogando de adulto a adulto, sin culpas y demás quisicosas de diván psicoanalítico.

Fobia, según el Diccionario de la Academia al que usted me ha remitido, es un substantivo que se usa "para expresar apasionada aversión hacia una cosa". Y en eso terminó Honorio Delgado frente a Freud, en una apasionada aversión. Más claro, en una *freudofobia.* Vale, pues, la "palabreja" de marras. Pruebas al canto.

Acababa de morir el padre del psicoanálisis, el 23 de setiembre de 1939, cuando Honorio Delgado, en 1940, le asesta esta venenosa hablilla: "El joven Freud no se distinguía por su abstinencia (como fue el caso de Kraepelin, gran anti-alcohólico), e incluso incurrió algunas veces en excesos peligrosos".

¿Qué puede quedar en un lector desprevenido después de leer este no muy honorable juicio de don Honorio, sino la impresión de que "el joven Freud" fue poco menos que un vulgar borrachuelo?

No sólo la persona de Freud padeció desde entonces con las torpes embestidas de nuestro sabio, también su doctrina, la que, según dice Delgado ese mismo año (1940), está "orientada hacia lo turbio, travestido y calumnioso".

Insisto en que tal freudofobia solamente se evidencia después del 23 de setiembre de 1939. Las citas que usted transcribe como ejemplo del anti-freudismo de Delgado todavía no constituyen el reflejo de una apasionada aversión, aún no están orientadas hacia lo turbio, travestido y calumnioso.

Si Delgado esperó que su "amigo" muriera (diz que Delgado y Freud fueron amigos), si esperó tanto desde 1928 hasta 1940, para comenzar a hablar de "los toscos esquemas de Freud y sus secuaces" y el resto de su monumental adjetivación denigratoria, ¿no es como para pensar, aparte de la prohibición arzobispal y aparte de otras pruebas que se podrían presentar, en "raíces convenienciales"?

Más importante que todas estas hipótesis (ojalá los secuaces de Honorio Delgado intenten desmentirlas, para de ese modo afinarlas con las réplicas y contrarréplicas), más importante, digo, sería conocer a qué conclusión llega usted, cuál sería la "explicación dinámica" del viraje delgadiano.

AS. Hay muchas cosas muy discutibles en sus afirmaciones. Dice que su actitud se refiere "al nivel emocional", no así tratándose de los niveles lingüístico, lógico, heurístico, etc... Parece que planteara la posibilidad de separar esos "niveles" y sabe muy bien que no es posible. El "nivel emocional" tiñe toda la conducta humana, quiérase o no, y son precisamente los "niveles" lingüístico, lógico y heurístico los más vulnerables en ese sentido.

En cuanto a *fobia*, sabe usted que viene del griego *phobos*, que significa, fundamentalmente, horror, miedo, temor. Podría, naturalmente, ser usada como aversión, aunque esta palabra significó primitivamente *evitar, alejarse de*, pero una cosa es el uso

vulgar y muy otra el uso por psiquiatras. Nosotros estamos obligados a ser muy precisos en nuestro lenguaje, so pena de entrar en una serie de confusiones e imprecisiones que nos hacen mucho daño. Si hablamos de fobia refirámonos precisamente a lo que psiquiátricamente es una fobia. Si no lo hacemos estamos pecando contra la esencia misma de nuestra especialidad.

Pero, basta de detalles semánticos. Usted nos recuerda la referencia de Delgado a las "borracheras" de Freud. Llegó a decir que Freud estaba tan ebrio en una oportunidad que perdió el conocimiento. Añade: "Sus compañeros de expansión, entre los que se hallaba Wagner von Jauregg, se alarman, le creen muerto y le llevan cargado a su domicilio, depositan el "cadáver" y huyen".

Este episodio es recontado en 1956, aclarando que "abandonaron el 'cadáver' en el umbral", lo que dice peor de los amigos que del propio "borracho".

Al pedirme mi "explicación dinámica" me pone en un apuro. En el trabajo sobre *Honorio Delgado y el psicoanálisis*, del que ya hemos hablado, luego de presentar algunas características psicológicas del maestro peruano, sugiero una hipótesis, apoyada en las palabras freudianas, que dicen: "No sería sorprendente que el efecto de una preocupación constante con todo el material reprimido que lucha por su libertad en la mente humana, comenzara a rebullir en el psicoanalista, lo mismo que las exigencias instintivas, que, de otro modo, es capaz de mantener reprimidas".

He aquí parte de lo que decía en mi trabajo, aplicando estas palabras al caso:

"Si tenemos presente todo lo dicho, podemos arriesgar una hipótesis con muchas posibilidades de que sea fructífera: Delgado, durante la práctica de su autoanálisis y su primer contacto con pacientes, en su mayoría psicóticos, fue sintiéndose invadido por tendencias reprimidas a las que estaba convocando, no pudo manejarlas y su equilibrio mental tuvo que mantenerse por medio de los únicos recursos para él entonces posibles: la represión, la negación, la racionalización y las formaciones reactivas, mecanismos todos fácilmente discernibles en su producción.

Como ocurre en estos casos, ante el peligro de la emergencia de pulsiones inconscientes, se produce, defensivamente, un reforzamiento del Super-Yo, que deviene gigantesco y dominador, aplastando a las tendencias aflorantes.

Es lo que puede haber ocurrido a Delgado: así comprenderíamos fácilmente su viraje, cada una de sus actitudes posteriores y los rasgos de carácter que hemos descrito: su autoritarismo y defensa de las jerarquías, su democlasia, su represión sexual, su religiosidad, así como su apasionado antifreudismo, que corresponden claramente a un dominio superyoico estricto y potente, dominio indispensable para luchar contra los demonios emergentes".

Perdóneme la larga cita.

MS. Usted dice: "el nivel emocional tiñe toda la conducta, quiérase o no". Permítame agregar: todo depende del tinte con que se tiñe. Espero que el mío no sea ni turbio, ni travestido, ni calumnioso.

En relación a la "palabreja" freudofobia, dos cosas: 1. Nada es tan importante en una conversación (ni la Academia, ni la Psiquiatría, ni ninguna otra disciplina), como que usted, yo y los lectores, en griego o en peruano, todos nos entendamos. Y con lo que hasta aquí hemos dicho sobre el buen amor y el mal humor de Delgado respecto a Freud, eso se ha conseguido, creo, cumplidamente; 2. No está bien que el maestro le jale las orejas al discípulo porque éste le da un uso vulgar a un término técnico —fobia,— cuando, a renglón seguido, el maestro incurre en lo mismo, pero al revés, es decir, prefiere usar un término vulgar —demonios— teniendo a la mano uno técnico —instintos—. No me contradigo: yo entiendo y los lectores también entenderán perfectamente lo que usted quiere decir con *demonios*, y eso basta. Además, ya Angel Rama quedó muy mal parado cuando le reprochó a Vargas Llosa, en una apasionante polémica, la utilización de la misma palabreja, *demonios*. Y como no quiero quedar como Rama, declaro preventivamente no padecer de demonofobia alguna.

Estaba en que a partir de 1940 Honorio Delgado se convierte en una fábrica de improperios antifreudianos. Ese mismo año

(¿casualidad o causalidad?), Carlos Alberto Seguin publica *Freud, un gran explorador del alma*, no voy a decir que con la expresa intención de resarcir al maestro vienés de los vejámenes de Delgado, aunque ahora, visto el hecho a casi cuatro décadas de distancia, da la impresión de que hubiera sido así o de que se hubiera tratado, más que de un acontecimiento casual, de un histórico relevo.

¿Casualidad, doctor Seguin, o causalidad?

AS. Su observación es realmente interesante. Por esa época yo me hallaba en la Argentina y, si conocía el vuelco de Delgado, no lo podía apreciar en cuanto a su intensidad ni significación. Me había entusiasmado con las doctrinas freudianas y publiqué una serie de artículos en una revista bonaerense —"Viva Cien Años"— acerca del tema. El libro sobre Freud fue escrito a pedido de los editores. No hay, pues, una causalidad directa. Por aquellos años, yo admiraba muchísimo a Delgado, quien era ya una notabilidad en la psiquiatría latinoamericana.

MS. ¿Cuál era el tipo de relación entre usted y Honorio Delgado por aquellos años?

AS. Delgado, ya lo dije, era hijo de un hermano de mi abuela y, por lo tanto, primo de mi padre y tío mío "en segundo grado". Recuerdo que, durante mi adolescencia, ese parentesco me llenaba de orgullo. Delgado era entonces la primera figura de la psiquiatría de nuestro continente y, posiblemente, de habla hispana y sus trabajos conocidos y comentados en todas partes.

Mientras yo estudiaba en Olivos se estableció entre nosotros una correspondencia muy interesante. Se trataba de los consejos de un profesor a un joven lleno de ideas vagas y de entusiasmos, más apoyados en la fantasía que en la realidad. Sus cartas, plenas de simpatía y deseo de ayudar, formaron parte del bagaje de mi formación de aquellos años.

Nuestra correspondencia se desarrolló durante la primera etapa de su alejamiento de Freud y sus consejos estaban impregnados de un humanitarismo y espiritualismo que reflejaban reacción y defensa contra el "materialismo" freudiano. Acaso por eso mismo me hicieron mucho bien en un momento en el que

yo me hallaba deslumbrado por el descubrimiento de Freud y sus doctrinas. No consiguieron que las abandonara, pero sí contribuyeron a matizar lo que hubiera podido ser ciega adherencia juvenil.

MS. Eso mientras usted residía en la Argentina. ¿Y luego?

AS. A mi llegada a Lima encontré en Delgado el apoyo que su personalidad permitía. Introvertido, incapaz de manifestaciones emotivas abiertas ni de acciones exteriormente entusiastas, trató, sin embargo, de ayudarme en todo lo que a su alcance estuvo, sin, por supuesto, permitir que su interés por mí alterara sus patrones, basados en el cumplimiento estricto de normas y reglas éticas y exigencias espartanas.

MS. Era entonces, como se dice, un *hombre de carácter.*

AS. Si bien podría fácilmente presentarse a Delgado como un ejemplo del que Freud describiera como "carácter anal" y cuyas características Jones expone como "puntualidad, parsimonia, autoritarismo u obstinación", su personalidad, como siempre que se trata de esquematizar, desborda las clasificaciones simplificadoras: tenía una concepción aristocrática del mundo y de la vida que lo llevó a simpatizar con Nietzsche y a apoyar a quienes, como los nazis alemanes, propugnaban una tiranía de la "raza superior" y que no le permitió acercarse a sus colaboradores o alumnos. Se convirtió, así, en una figura lejana e inaccesible, a la que se admiraba sin comprenderla ni quererla.

Sin embargo, debajo de su apariencia fría, escondía un espíritu apasionado que se mostraba en las ocasiones en las que una fuerte emoción lo embargaba o cuando, en compañía de personas cercanas, se permitía aflojar su coraza.

MS. "Muchas personas esquizoides —dice Kretschmer— son como escuetas casas romanas, villas que han cerrado sus ventanas al esplendor del sol, pero en cuyo interior, amortiguado, triunfa la fiesta".

Estábamos en que a su llegada a Lima encontró a Honorio Delgado "el apoyo que su personalidad permitía..."

AS. Al llegar a Lima, en mi deseo de aprender psiquiatría, traté de seguir sus clases y su actividad en el hospital. Aún recuerdo las "visitas" cotidianas al Pabellón 2 del Hospital Víc-

tor Larco Herrera, que él dirigía. A las ocho en punto de la mañana debíamos esperar su llegada y, después de que, en cuidadoso ritual, el enfermero jefe lo vistiera con el mandil limpio, comenzaba el recorrido —siempre el mismo— de las salas, el saludo a los enfermos y el finalizador lavatorio manual.

Luego de un año de esta práctica se me presentó la oportunidad de incorporarme a la cátedra como Jefe Instructor. Como podía esperarse, se realizó un concurso —creo que el primero en la historia de la Facultad de Medicina— y, aunque fui el único postulante, debí rendir un examen escrito y aprobarlo para obtener el nombramiento.

MS. Antes de tratar de sus relaciones con Delgado ligadas a la cátedra, quiero saber si usted considera que Honorio Delgado fue, de algún modo, maestro suyo.

AS. Se ha dicho muchas veces que Delgado fue un maestro. No lo fue; no podría haberlo sido por la estructura de su propio carácter, que no permitía el acercamiento ni transmitía el entusiasmo necesarios para el seguimiento discipular. Durante sus muchos años de docencia, y a pesar de su cultura y de haber sido un pionero en muchos aspectos de la teoría y la práctica psiquiátricas, no ha dejado un solo discípulo. Ninguno de los que se autotitulan tales ha seguido su camino, ni siquiera en la profesión formal de sus ideas.

MS. Para cerrar este capítulo, ¿cómo definiría a Honorio Delgado en pocas palabras?

AS. Fue un hombre recto, cuya rectitud lo deshumanizaba a pesar de su prédica humanizadora, y una figura cuya inteligencia crítica y capacidad de estudio lo convirtieron en el líder de la psiquiatría latinoamericana por mucho tiempo.

Murió como había vivido: noble e íntegramente.

la cátedra de psiquiatría

MS. Toca ahora tratar sobre su actuación en la cátedra, en general...

AS. Si hay un tema que no desearía tocar es éste. ¡Está tan lleno de sufrimientos y, más que ello, de desilusiones y de —lo que fue para mí inmensamente más doloroso— choques con una realidad que me ha mostrado, una y otra vez, a los hombres en lo más pobre de su humanidad!

MS. ¿Por qué se expresa así?

AS. Ya he dicho algunas palabras acerca de cómo, en 1942, me incorporé, con el título de Jefe de Prácticas, a la docencia, luego de ganar un concurso.

Mi entusiasmo era grande, entusiasmo justificado, a mi manera de ver, por el hecho de que, a pesar de lo inferior de la posición —ya que el de Jefe de Prácticas era el puesto inferior en la escala— no había, entonces, entre el Profesor Principal y yo ningún otro. Mi ilusión era trabajar intensamente e ir ascendiendo. El prepararme para hacerlo fue una de las razones de mi viaje a los Estados Unidos.

Allí me alcanzó la primera sorpresa. Llegado en diciembre de 1942, en abril de 1943 recibí la noticia de que dos antiguos colegas limeños, uno de ellos destacado anátomo-patólogo y el otro dedicado a la Higiene Médica, habían sido nombrados (sin concurso) Profesores Auxiliares de Psiquiatría. Sentí eso co-

mo una injusticia y una postergación, ya que se ponía dos personas en posición de impedirme avanzar en la carrera docente.

MS. ¿Qué hizo usted, entonces?

AS. Escribí al Profesor Delgado reclamándole una explicación. La respuesta fue, literalmente: "Ya madurarás y te lloverá el título de Profesor cuando menos lo ambiciones —como les ha sucedido a tus colegas mencionados..."

No me resisto a copiar algunos párrafos de mi respuesta:

"Concuerdo contigo en que no estoy aún maduro para ser profesor, pero no en lo que dices que el profesorado llegará cuando menos lo espere. Creo, por el contrario, que el profesorado debe ser una meta buscada afanosamente, anhelada con vehemencia; a la que se llegue con el entusiasmo del que tiene algo que hacer en ella y no un nombramiento que llueve en un momento en el que no nos interesa más que como un título honorífico; en el que no estamos preparados para desempeñarlo o no hemos hecho nada para merecerlo. Creo que el profesorado debe ser una carrera seguida con fervor y vocación y no la última etapa de una vida consagrada a cualquier otra cosa; creo que debe llegarse a él joven (tú tienes en ti mismo la mejor experiencia y, en todas partes, son los profesores jóvenes los que realmente hacen algo en sus cátedras), optimista y creyendo en la misión del profesor y no cansado, vacío de ilusiones y amargado por una vida gastada en vano".

MS. ¿Ahí fue donde se produjo su rompimiento con la cátedra de Honorio Delgado?

AS. Luego de mi larga permanencia en los Estados Unidos volví, al llegar a Lima, a incorporarme a la cátedra. Por entonces era Decano de la Facultad de Medicina el doctor Sergio Bernales, Profesor de Clínica Médica. Su actitud de apertura a las ideas que le expusiera me permitió comenzar un curso de Semiología Psicosomática adscrito al de Semiología, que se dictaba en tercer año. Las clases tuvieron un gran éxito y encendieron en los alumnos el entusiasmo por las nociones que les exponía. En 1951 el curso fue suprimido, a pesar de mi protesta y la de los estudiantes.

Paralelamente continué mi actividad como Jefe Instructor en la cátedra de Psiquiatría. Por ley (10555) se modificó el escalafón y se crearon las categorías de Profesores A, B y C. Fui asimilado a la categoría B y luego, cumpliendo con las exigencias estatutarias, ascendí a la categoría C. Posteriormente se derogó el Estatuto y se repuso en vigencia la Ley Orgánica de Educación Pública Nº 9359, según la cual obtuve el título de Catedrático Principal Interino.

En 1954 el Decano, doctor Oswaldo Hercelles, decidió crear una categoría no considerada en el Estatuto: la de Catedrático Principal Asociado y se llamó a concurso para llenar dos vacantes que fueron creadas en la cátedra de Psiquiatría. Ante las manifestaciones personales del Decano respecto a la seriedad y honradez de los propósitos, me decidí a participar. Se eligió para una de las vacantes a un colega que había sido alumno mío, que no pertenecía a la cátedra y que había estado dedicado a la Neuro-anatomía, declarándose el otro puesto de Catedrático Principal Asociado vacante (!). Como coronación brillante, se me envió un nombramiento de Profesor Auxiliar...

No me valió, por supuesto, de nada la argumentación de que, según la ley, yo no podía ser rebajado de categoría, de manera que, con fecha 24 de noviembre de 1954, renuncié irrevocablemente.

MS. Mientras yo estudiaba medicina, de 1953 a 1961, en esos largos nueve años, leí, averigüé y curioseé cuanto tratara de psiquiatría, naturalmente en la medida de mis posibilidades y de lo que se me permitía. Recuerdo que, de todo eso, una de las cosas que más me impresionó fue el famoso enfrentamiento Delgado-Seguin, enfrentamiento permanente, pugnaz y hasta dramático en ocasiones, que trascendió más allá del no muy amplio círculo de psiquiatras de entonces. Y fíjese, doctor Seguin, no sé cuánto tiempo ha pasado desde que comenzamos a hablar de Honorio Delgado, sin embargo, sobre dicho enfrentamiento, a pesar de su innegable interés, usted ha mostrado apenas una que otra casi imperceptible hilacha...

AS. He relatado ya cómo me psicoanalicé con Richard Karpe, cómo asistí a las actividades del Instituto Psicoanalítico de

Nueva York y cómo trabajé con los pioneros de la psicosomática norteamericana. Cuando volví a Lima en 1945 lo hice dispuesto a dar la batalla y a aplicar, en todo lo que pudiera, los conocimientos adquiridos.

He dicho "dar la batalla" y creo que es la expresión justa. En el Perú dominaba, indiscutida, la figura de Honorio Delgado y su influencia era, en ese momento, fuertemente antipsicoanalítica y, como se vería muy pronto, antipsicosomática. Su posición fue la de los psiquiatras peruanos por él influidos, posición que determinaba, por otra parte, la de los médicos en general. Ignorantes éstos completamente de la "psiquiatría dinámica", puesto que habían sido formados en la Universidad en el conocimiento de una psiquiatría basada en la fenomenología de Jaspers y Scheler, su actitud era de completa prescindencia, si no ignorancia, de todo lo que tuviera que ver con el aspecto psicológico del enfermo y de la enfermedad. De ahí que mi "prédica" fue recibida, no solamente con la sonrisa de la incredulidad hacia lo fantasioso, sino con el gesto de la desconfianza ante lo charlatanesco. No insistiré ahora en ofrecer detalles de la "batalla por la psicosomática", pero creo indispensable señalar las principales características del ambiente en el que me encontré al llegar de vuelta a mi patria. Debía luchar contra la poderosísima figura de Delgado, contra la resistencia ante lo nuevo y, sobre todo, contra la oposición a quien, acaso con algo de exagerada agresividad y no justificada arrogancia, quería imponer ideas "revolucionarias" que abarcaban, ya no el campo de la psiquiatría, sino la medicina toda.

La lucha fue ardua, pero llevadera para quien, con un espíritu joven y una fe grande, la emprendía, sin más ambición que la del progreso ni más propósito que el de abrir camino a lo que consideraba un paso adelante, no solamente en la teoría, sino en la práctica cotidianas.

Mi historia de estos años es, acaso, la historia de la medicina psicosomática en el Perú.

MS. Usted reconoce que en ese enfrentamiento hubo de su parte "algo de exagerada agresividad y no justificada arrogan-

cia". ¿Y los contrarios, fueron rivales serenos, nobles, ponderados y justicieros?

AS. Mi actitud estaba teñida del ardor juvenil. Choqué —como tenía que ser— con posiciones establecidas y con figuras consagradas. Creo que no puede, humanamente, pedirse serenidad o ponderación en esas condiciones.

MS. No obstante que es historia no registrada, que puede perderse mientras solamente circule en forma de "chismes", es notoria su parquedad respecto de su lucha contra el grupo de Honorio Delgado. ¿Qué hay, por ejemplo, del "cargamontón" que le hicieron una y otra vez en la Sociedad de Neuropsiquiatría y Medicina Legal? ¿Qué hay de la marginación de que fue objeto por el pecado de discutir y enfrentar a lo que ahora usted llama, con excesiva prudencia, "posiciones establecidas" y "figuras consagradas"? Que en 1951 se suprimiera el curso de Semiología Psicosomática, y que el concurso para ocupar el puesto de Catedrático Principal Asociado en 1954 adquiriera el giro que usted señaló, ¿tuvo mucho o poco o nada que ver con esa lucha, con esa "batalla por la psicosomática"?

Conozco cómo es usted en estos asuntos: demasiado caballero. Parece, pues, que está de más insistir en averiguarlos a través de su testimonio. Seguiré indagándolos por cuenta y riesgo propios, incluso a través de lo que injustamente se censura: los chismes.

¿Cuánto no le debemos al chisme? Somos ingratos con él. ¿Quiénes si no los mismos usufructuarios —que somos todos— han denigrado al chisme? ¿Cuánto dejaríamos de saber si el chisme no sobreviviera a todas las denigraciones? ¿Quién no habrá recibido o emitido algún chisme? Sin embargo, ¿por qué hay una generalizada censura contra este medio de comunicación de masas?

AS. Sepamos, ante todo, de lo que estamos hablando. El verdadero significado de la palabra puede ser deducido de su etimología. Viene de *schisma*, es decir, *separación* y ese origen nos orienta definitivamente. El chisme es algo que se dice para separar o enemistar a dos o más personas. En ese sentido no puede ser aprobado, de ninguna manera.

Lo que llamamos chisme en el habla cotidiana es otra co-

sa: el goce en repartir algún "secreto" que compromete a alguien. En su esencia me parece que hay en él el deseo, o la necesidad, de rebajar, de destruir una reputación. El chisme tiene mayor éxito cuando se refiere a alguna persona a la que se despoja de una virtud o un valor. No sería un chisme decir que una prostituta tiene relaciones sexuales con varios hombres pero sí lo sería el relatar que una mujer supuestamente honesta tiene un amante; nadie consideraría un chisme el comentar que un *capo* de *maffia* se ha hecho rico robando, pero, si se afirma que un hombre honrado cometió una estafa, eso sí es un chisme.

De todas maneras, el chisme permite destruir algo que nos molesta, acaso porque nosotros no podemos ostentarlo. El que todos, alguna vez, hayamos caído en la chismografía no es disculpa y sí confirma el hecho de que todos tenemos la característica humana de conocer nuestros propios defectos y, si no podemos librarnos de ellos para igualarnos arriba, tratamos de que los otros los compartan y, así, nos igualamos abajo.

MS. Etimológicamente, usted tiene razón; pero, lo que a unos separa *(schisma)*, a otros une. Un chisme que tiene como efecto la separación debería llamarse otra cosa, pongamos *cisme;* y algo que deslustra una reputación ya no es chisme, sino maledicencia.

AS. Lo característico del chisme es el placer de contar algo que se supone verdadero; lo característico de la maledicencia es el placer de hacer daño, refiriendo faltas que sabemos que no son ciertas.

MS. Ahí estamos: "Lo característico del chisme es el placer de contar algo que se supone verdadero". ¿No tienen, pues, mucho de chismosos los historiadores, los periodistas, los novelistas, los politicólogos, los biógrafos, los conversadores? No sé quién lo dijo, pero si no lo dijo nadie, yo lo digo: conversación sin un chisme no es conversación.

AS. Aquí adquiere más valor lo que le decía antes: puede considerarse chisme lo que se transmite *con la intención de separar.* Si esa intención no existe, puede tratarse de historia, de periodismo, de novela, de política, de biografía o de conversación. Si existe, es chisme, aunque se le presente disfrazado.

MS. Arriba le confesaba mi adhesión por el chisme que, al fin y al cabo, como usted dice, lleva verdad, produce placer contarlo y, esto lo digo yo, escuchándolo a veces es la única manera de saber algo que se esconde, aunque todos tenemos el derecho de saberlo. Tal sucede con el enfrentamiento entre usted y Honorio Delgado. ¿Dónde está eso debidamente, completamente registrado? ¿No marcó dicho enfrentamiento toda una época de la psiquiatría peruana? ¿Qué habrá de cierto en todo lo que se cuenta sobre esa lucha, y qué habrá también de falsedad o exageración? A propósito, ¿cuál es la razón por la cual no pertenece usted a la Academia Peruana de Medicina? ¿Es que no tiene sobrados méritos para haber sido incorporado a ella hace muchísimo tiempo? ¿Acaso no es el único médico peruano, por ejemplo, que ha sido invitado nada menos que por Pedro Laín Entralgo a escribir, junto con otros colegas extranjeros, esa monumental e imperecedera obra que es *Historia Universal de la Medicina*?

AS. La Academia Nacional de Medicina, como todas las instituciones tradicionales de Perú, estaba, en realidad, en manos de un grupo de profesionales destacados. Sus asientos eran básicamente hereditarios y las "elecciones" se hacían siempre a propuesta de la Comisión Directiva, formada, por supuesto, por quienes pertenecían a la *élite* dominante.

Su composición era muy heterogénea. Al lado de verdaderos valores médicos, era fácil encontrar al político y al arribista y, por supuesto, al hijo de papá.

Nunca me propuse pertenecer a ella y jamás solicité a nadie mi ingreso y, naturalmente, nunca fui postulado como miembro. Sin embargo, en 1970, los entonces Presidente y Secretario Perpetuo de la Academia me manifestaron que iba a ser propuesto para un asiento. Les respondí que no tenía ningún interés y que no haría ninguna gestión. Se me dijo que no era necesaria y que, aunque todos creían que yo debería haber pertenecido a la institución desde mucho antes, la presencia de Honorio Delgado en ella lo había impedido. Creo que, más papistas que el Papa, los miembros no se atrevieron a nominarme por temor a que él lo tomara como una ofensa o un enfrenta-

miento. Delgado murió en 1969 y sólo entonces creyeron que podían incorporarme.

Las cosas quedaron así y el tiempo fue pasando sin que tuviera más noticias de la propuesta y sin que, por mi parte, hiciera nada por averiguar qué ocurría. En ese tiempo fueron nombrados algunos colegas, muchos de ellos discípulos míos.

En 1974 había pasado a la Presidencia de la Academia el colega que fuera Secretario Perpetuo y este puesto era ocupado por un amigo. Se me buscó nuevamente y se me aseguró que la propuesta había sido hecha y aceptada por unanimidad en la Comisión Directiva, de manera que si yo estaba de acuerdo podía considerarme como miembro.

En esta oportunidad me negué terminantemente a aceptar lo ofrecido. Se me dijo que no se me había elegido antes porque, cada vez que había una vacante, se formaban camarillas que trataban de conseguir que fuera ocupada por alguien de la misma especialidad o que trabajara en el mismo hospital que los interesados y, como yo no formaba parte de camarillas, se había ido dejando a un lado mi nombre.

Manifesté que consideraba el nombramiento completamente extemporáneo. Insistieron mucho para convencerme. Se me dijo que era necesario en la institución, etc., pero persistí en mi negativa y me quedé sin ser académico.

MS. Igual como quedó sin ser profesor de San Fernando en 1954, aunque aquí porque renunció irrevocablemente.

¿Cómo siguieron desde ese año sus relaciones con la Cátedra de Psiquiatría?

AS. Me mantuve lejos de la cátedra oficial desde entonces, pero, en varias oportunidades, accediendo a invitaciones del Centro de Estudiantes de Medicina, dicté cursos libres. Seguía, por otra parte, preparando psiquiatras en el Hospital Obrero donde también organizamos muchos cursillos y seminarios, entusiasta y abundantemente concurridos.

La situación continuó igual hasta 1961 cuando, como lo recuerdan todos los que a nuestra Facultad de Medicina estuvieron ligados, se produjeron acontecimientos trascendentales. Ante la obligación de acatar la nueva Ley que obligaba a toda la

Universidad a incorporar a los estudiantes en el gobierno con lo que se llamó "el tercio", los profesores de San Fernando pretendieron que se hiciera con Medicina una excepción y, al no lograrlo, se vieron obligados a renunciar en masa.

Se produjo, naturalmente, una crisis seria que amenazó con paralizar totalmente las labores, pero las autoridades provisionales nombradas, contando con el apoyo incondicional del Rector, doctor Luis Alberto Sánchez, lograron reorganizar la enseñanza incorporando al plantel docente a los profesionales que se hallaban en condiciones de hacerse cargo de ella.

MS. ¿Había tantos profesionales con condiciones para ello?

AS. Debe reconocerse que, al lado de muchos colegas preparados y honestos, que habían sido postergados por intereses de camarilla y a quienes se dio la oportunidad de demostrar sus condiciones y vocación, aprovecharon el momento para ocupar posiciones a las que nunca hubieran llegado de otra manera muchos oportunistas.

MS. Tengo averiguado que, ante el llamado que le hicieron para hacerse cargo de la Cátedra de Psiquiatría, usted mostró mucha prudencia.

AS. Recibí varios llamados de los estudiantes y las autoridades, pero no quise comprometer mi participación ni la de mis colaboradores hasta que me convencí de que podríamos renovar verdaderamente la enseñanza y aportar algo valioso a nuestra vieja casa.

Encabezando, pues, el grupo que había venido trabajando conmigo en el Hospital Obrero, acepté el desafío y, desde entonces, puse todos mis esfuerzos para hacer una reorganización que no significara un mero cambio de personas sino, más bien, la realización de ideales largamente acariciados: convertir la enseñanza, de un aprendizaje de técnicas y teorías, en una verdadera preparación para *ser médico*, es decir, adquirir la conciencia y la actitud necesarias para ayudar a *hombres* enfermos. Con ese propósito conseguí la creación del Departamento de Ciencias Psicológicas y, con él, *La preparación psicológica del estudiante de medicina*. Ese es, precisamente, el nombre de un libro que publiqué en 1964 y donde encontrarán todo el material ne-

cesario los interesados en los detalles de la aspiración y el esfuerzo.

MS. Usted renunció nuevamente a seguir enseñando en la Facultad de Medicina a comienzos de 1969. Que usted precise detalladamente la historia de esa renuncia me parece de una utilidad extrema, por dos razones: 1. Porque *su* versión, a la larga, será la mejor garantía de que las versiones que puedan darse en el futuro sean dadas con mucho cuidado; y, 2. Porque el contexto en que sucedió esa renuncia, los personajes que obraron en ese entonces, los procedimientos que se utilizaron, las actitudes que salieron a relucir y, en fin, las consecuencias de todo ello, es materia interesantísima para acercarse una vez más a un posible diagnóstico de lo que está pasando en la Universidad.

¿Recuerda que uno de los pretextos que esgrimían los "revolucionarios" de entonces es que se estaba enseñando una psiquiatría *no* revolucionaria? ¿Es que ahora se está enseñando tan mentada psiquiatría?

AS. Es ésta una pregunta que preferiría no contestar, pero, como me he propuesto no esquivar ningún tema, lo haré, dejando constancia de que, como usted bien lo recalca, se trata de *mi* versión.

Desde el comienzo de nuestras tareas en el Departamento de Ciencias Psicológicas, los que las emprendimos lo hicimos con fe y con el propósito de contribuir en todo lo que pudiéramos a la realización de un ideal largamente acariciado. No escatimamos tiempo ni esfuerzos y el pequeño grupo que me acompañaba pudo llenar las horas de teoría y de práctica (más de 400, cerca de 100,000 horas-alumno).

No voy a enumerar todas las innovaciones que impusimos. Ofreceré, como ejemplos, la de enfrentar al estudiante con seres humanos desde el primer día de sus estudios, en lugar de permitir que su interés y su capacidad se desviaran entre cadáveres y animales de experimentación; la enseñanza en grupos pequeños, dedicando a ellos el 80% del tiempo y, sobre todo, la introducción de la dinámica de grupo; la idea básica de que no solamente se debe informar al estudiante, sino formarlo, etc.

Desgraciadamente, desde el comienzo, fui ingenuo. Creí que bastaba obrar de buena fe y buscando lo mejor, para que las acciones y los deseos fueran de buena fe interpretados. Ocurrió lo contrario. Los grupos de poder, que se organizan prontamente en todo ambiente colectivo, comenzaron a alarmarse. Creyeron que buscábamos imponernos en la política universitaria y que yo estaba preparando mi candidatura al Decanato. Puedo afirmar que, en ningún momento fue ese mi propósito. Los miembros de nuestro grupo son testigos de que jamás se nos ocurrió tal cosa y de que todas nuestras preocupaciones estaban concentradas en llevar adelante las ideas pedagógicas que considerábamos justas. Muy pronto comenzamos a sufrir una persecución sorda, de la que no fui consciente al principio. Yo había cometido –desde el punto de vista de la "política" que se practicaba en la Facultad– otro error: manifestarme abierta y polémicamente en contra de todo partidarismo en el manejo de los estudios y el de declarar mi discrepancia con el fanatismo marxista de algunos profesores y alumnos. Todo ello fue hábilmente aprovechado para fomentar entre los estudiantes –altamente politizados y que constituían los activistas, adueñados de las delegaciones– una oposición al Departamento y a nuestras enseñanzas. Contribuyó a ello otro "error" táctico mío: traté siempre a los delegados estudiantiles como a cualquier otro alumno regular y me atreví a desaprobar en varios cursos al Secretario General del Centro de Estudiantes, a quien los otros profesores no exigían ni que asistiera a clases.

Se me acusó –en los corrillos politiqueros– de "reaccionario" y se comenzó una campaña en contra. Aprovechando la debilidad del Decano, se consiguió que estableciera contacto con el doctor Rotondo –quien, con toda buena fe, entró en el juego– y se trató de nombrarlo como Profesor y oponerlo a mí; se repartió entre los estudiantes la voz de que, por ejemplo, en los "grupos de trabajo" que habíamos organizado, se trataba de combatir la lucha de clases, al convencer a los estudiantes de que las reacciones humanas tenían causa psicológica y no social; se dijo que la teoría que enseñábamos estaba desprovista de contenido dialéctico, etc.

El Decano era, con una habilidad que debo reconocer como verdaderamente superior, quien llevaba la batuta. Consiguió, así, que se nombraran dos profesores principales más en el Departamento; se declararon los grupos de trabajo fuera de *currículum;* se disminuyeron las horas dedicadas a la enseñanza, etc.

Cuando, asqueado, dejé de asistir a las sesiones de la Facultad —en las que se veía solamente una lucha repugnante por el poder y el uso de las maniobras más rastreras para conseguirlo—, el Decano, sin respeto para la verdad, el trabajo honesto y la dedicación de los profesores, hizo publicar en los periódicos sus declaraciones, afirmando que yo había perdido interés en la enseñanza y faltaba a mis deberes como profesor (!). Permitió que se repartieran, durante las sesiones del Consejo de la Facultad, volantes llenos de insultos para mi persona y mi labor. Paso por alto muchos detalles de esa campaña porque, aun ahora, me asquean.

Si yo hubiera sido un "político" o si hubiera sido más "vivo", creo que hubiera podido ver las maniobras y combatirlas con las mismas armas. No era ninguna de esas cosas y, más bien, ante la injusticia tan flagrante y la manipulación politiquera, reaccionaba con indignación y trataba de enfrentarlas dignamente con la verdad. El resultado era de esperar.

Cuando, una vez, conversé con un alumno, uno de los líderes, me manifestó muy francamente que él me admiraba como persona y como profesor, pero que hacía lo que hacía en pro del "partido" y de los "ideales sociales". "No queremos buenos profesores —me dijo—, ya que ellos obstaculizan la consecución de nuestros fines. La Universidad debe ser destruida, no mejorada, porque no es sino una fábrica de burgueses. En ella se preparan elementos que engrosan las filas de los enemigos del pueblo y de la lucha de clases. Por lo tanto, lo que buscamos no es que mejore la enseñanza, sino que se haga cada vez peor; no necesitamos buenos profesores, sino, por el contrario, mediocridades que, aparte de contribuir a la destrucción de la Universidad, puedan ser manejados. Por eso lo combatimos a usted y no pararemos hasta que salga de la Facultad. Daremos así un

paso más hacia la destrucción de ese bastión capitalista". Creo que lo han logrado ya.

Respecto a si se está enseñando "psiquiatría revolucionaria", creo, francamente, que, tal como las cosas van en la Universidad, no hay ni siquiera oportunidad para enseñar. De otro lado, dejando aparte algunos elementos de real valor que aún quedan, la mayor parte de profesores ha perdido "la mística" de la enseñanza y se preocupan más con "la política" o con sus actividades extrauniversitarias que con esforzarse por hacer progresar a la enseñanza.

MS. No eran marxistas los que así procedieron con usted en la Facultad de Medicina. ¿Qué eran entonces? Cualquier cosa, menos marxistas. El ser marxista, creo, es una condición que actualmente cualquiera se arroga, sin merecérselo en absoluto. Es un fenómeno que está de moda, el de autotitularse marxista, que pide a gritos ser estudiado de inmediato. Los resultados de ese estudio traerían algunas sorpresas revolucionarias y muchas enseñanzas también revolucionarias.

Los manipuladores de la política (eso son, por de pronto, y no marxistas) jamás llegarán a entender, por ejemplo, eso de que la mejor medicina es el médico...

AS. Aquello de que la mejor medicina es el médico apunta a valorizar la personalidad de curador como vehículo de una serie de acciones curativas. Desgraciadamente, muchas, demasiadas veces, el peor veneno es el médico. No necesito citar ejemplos. Quien cree que la medicina es una técnica, envenena a su paciente cosificándolo; quien siente que la medicina es, ante todo, una relación humana, es el verdadero médico.

MS. Un profesional conocedor de técnicas y que, en cada caso, tiene la capacidad de establecer una relación *humana*. ¿Ese sería el verdadero médico?

AS. El verdadero médico es aquel capaz de posibilitar hombres. Ello significa, por supuesto, ante todo, una relación Yo-Tú (como diría Buber), es decir, una relación en la que la persona del paciente tenga la misma entidad que la del médico; una relación de hombre a hombre y no una de técnico a organismo

descompuesto. Si esa relación no existe, puede tratarse de una mecánica biónica o, a lo más, de una veterinaria sofisticada.

El hombre que posee a la perfección una técnica y la aplica al ser humano, puede ser un artesano, pero el médico, además de ser un técnico, debe ser un artista en el sentido de que debe sintonizar con el paciente y entenderlo en su categoría de humanidad.

Es natural que debe poseer la técnica justa pero, más allá de ella, debe ser capaz de relacionarse con sus pacientes en un plano afectivo, extracientífico, que es el plano realmente humano.

MS. Recuerdo que esa era la esencia de su prédica docente. Lástima no más que, con su renuncia, nuestra Alma Mater perdió al mejor maestro de psiquiatría que tenemos. Inaceptable lujo que se permite un país pobre como el nuestro: el no tenerlo capacitando terapeutas, posibilitando médicos capaces. ¡Absurdo de absurdos!

universidad, autoridad y política

MS. Nadie deja de tener una posición política. Incluso el que se precia de apolítico, la tiene. ¿Cuál es la suya?

AS. Efectivamente. Creo que nadie deja de tener una posición política, aunque no pertenezca a un partido, como nadie deja de tener una posición filosófica, aunque no esté inscrito en ninguna escuela, ni siquiera haya oído hablar de ellas. Es el caso de aquel que, al conocer la teoría del lenguaje, descubrió, con auténtico asombro, que toda su vida había estado hablando en prosa.

Si quisiera clasificar mi "posición política", diría que es de "izquierda razonadora" (como contraste con la "izquierda fanática"). Creo que existe en el mundo una injusticia social enorme que necesita ser remediada; creo que el "capitalismo" tradicional ha cumplido su misión histórica, como la cumplieron, a su tiempo, el feudalismo o la realeza. Como todos los jóvenes bienintencionados, creí que la solución estaba en el comunismo. Sigo creyéndolo, *si nos referimos al comunismo teórico.* En la práctica ha fracasado, como ha fracasado la "democracia", como fracasarán todos los intentos de hacer que el hombre se comporte racionalmente. Creo que debemos ir adaptando la política al tiempo cultural y al momento histórico, tendiendo, por supuesto, a superar las deficiencias. Si revisamos desapasionadamente la historia veremos que, más allá de las ideologías, las revoluciones y las teorías, eso es lo que va ocurriendo. A

pesar de los partidos, la humanidad progresa. Acabo de leer una frase, atribuida a Mariátegui, que creo que me califica: yo sería un "pesimista de la realidad y optimista del ideal".

Más de una vez he tratado de aclarar algo que creo que se presta a constante confusión: una cosa es la "emoción social" (si queremos adoptar una manera de decir muy común) y otra la posición política. Parece que actualmente se ligan mucho la una con la otra. Se piensa que quien resienta la injusticia de nuestra sociedad, tiene que ser comunista y quien no lo es, se mostraría, casi por definición, insensible a la situación absurda que estamos viviendo. Las cosas no son tan simples y esquemáticas. No creo que haya alguien, si es sincero y humano, que no proteste y que no trate de remediar las faltas de nuestra organización comunitaria, sea su posición política la que fuere. Por otra parte, la actividad de fanatismo izquierdizante, puede tener muchas causas: desde una auténtica emoción social, hasta el más bastardo resentimiento. Eliminemos, pues, de una vez por todas, la falsa ecuación *emoción social = comunismo* y dediquémosnos a un mejoramiento de la sociedad por todos los medios a nuestro alcance.

En lo que no creo, de ninguna manera y con ningún pretexto, es en la violencia, ni física ni psicológica.

MS. Todo el sistema social, no sé desde cuándo, está asentado sobre la violencia. Lo que sí sé es que, antes, la violencia tenía la mala costumbre de ser unilateral. Ahora se ha bilateralizado. Mal que bien, es un progreso. Veremos qué pasa luego, andando el tiempo.

AS. La violencia ha existido a lo largo de toda la historia humana. Pero una cosa es reconocer ese hecho y otra, muy distinta, el aprobarlo.

Es característica de todos los espíritus superiores la oposición a la violencia. Pensemos en Jesús, en Sócrates, en Gandhi y en tantos otros. Sin ir muy lejos, leamos a alguien que podría haber justificado la violencia y que, por el contrario, comienza un poema diciendo:

Me viene, hay días, una gana ubérrima, política,
de querer, de besar al cariño en sus dos rostros,

y me viene de lejos un querer
demostrativo, otro querer amar, de grado o fuerza,
al que me odia...

Y lo concluye:

Quiero, para terminar,
cuando estoy al borde célebre de la violencia
o lleno de pecho el corazón, querría
ayudar a reír al que sonríe,
ponerle un pajarillo al malvado en plena nuca,
cuidar a los enfermos enfadándolos,
comprarle al vendedor,
ayudarle a matar al matador —cosa terrible—
y quisiera yo ser bueno conmigo
en todo.

MS. César Vallejo, al que usted cita, no se oponía a la violencia y nadie, por eso, puede afirmar que no sea un espíritu superior. En una carta que Vallejo escribe a Pablo Abril de Vivero el 18 de abril de 1928, dice:

Nada se queda impune entre los hombres. Todo tiene fin y compensación, tarde o temprano. Todo tiene fin y sanción, hoy o mañana, inclusive los crímenes del bizantinismo peruano. A medida que vivo y que me enseña la vida (la letra —dice el adagio—, con sangre entra), voy aclarándome muchas ideas y muchos sentimientos de las cosas y de los hombres de América. Me parece que hay la necesidad de una gran cólera y de un terrible impulso destructor de todo lo que existe en esos lugares. Hay que destruir y destruirse a sí mismo. Eso no puede continuar; no debe continuar. Puesto que no hay hombres dirigentes con quien contar, necesario es, por lo menos, unirse en un apretado haz de gentes heridas e indignadas y reventar, haciendo trizas todo cuanto nos rodea o está a nuestro alcance. Y, sobre todo: hay que destruirse a sí mismo *y, después, lo demás. Sin el sacrificio previo de uno mismo, no hay salud posible.*

Vallejo escribió eso hace exactamente cincuenta años, y pese al medio siglo transcurrido, qué estremecedora actualidad tie-

ne. Todo, absolutamente todo, es radicalmente cierto. Tanto es así que parece un mensaje escrito hoy mismo para lo que debe hacerse mañana mismo.

Ojalá no haya violencia —¿quién la quiere por ella misma?—, pero si hay es porque ya no se puede seguir así, en esta lujosa paz.

AS. La comparación de las dos citas nos puede dar una explicación de lo que Vallejo expresaba. En la primera manifiesta su hondo espíritu franciscano; la segunda nos muestra, una vez más, cómo la frustración, la frustración del amor, puede llevar a una protesta agresiva, agresividad que, precisamente porque se opone a lo más auténtico de ese Yo sufriente, se vuelve contra él. "Hay que destruirse a uno mismo", dice el poeta dos veces. Si tan poco sabemos de su muerte deberíamos preguntarnos: ¿cuánto de auto-destrucción hubo en ella? No, por supuesto, pensando en un suicidio consciente, sino en las tantas formas psicosomáticas de suicidio que vemos todos los días.

MS. Esperemos que su afirmación sobre la muerte de nuestro sumo poeta no sea mal interpretada. Ya un mar de falsedades cubre el ilustre nombre de César Vallejo, y tan pocos de auténtica valía sustentan nuestra autoestima nacional (al lado de los muchos que nos sobran con estimativas bambeadas) que urge salvaguardar este nombre precisando el verdadero sentido en que debe entenderse la expresión "hay que destruirse a sí mismo", ¿no cree usted?

Nunca hubo héroe, ni mártir, ni espíritu mesiánico alguno con un instinto de conservación muy desarrollado. Quienes aspiraron y aún aspiran a que haya una paz radical, es decir una paz con raíz en la justicia y no en los buenos deseos de los hombres de buena voluntad, siempre estuvieron y siempre estarán en pie de guerra para que primero haya justicia, que esa paz tan ansiada llegará, luego, por añadidura. En pie de guerra, repito, incluso contra sí mismos y, si es preciso, autodestruyéndose (léase: sacrificándose por los demás). Esto es lo que, en realidad, da a entender Vallejo cuando dice: *"sin el sacrificio previo de uno mismo, no hay salud posible"*. Subrayo esta frase con que

termina la carta en cuestión porque, si la amputamos, nosotros seríamos más bien los destructores de Vallejo.

Hubiera querido quedarme un rato más en estas consideraciones si es que no estuviesen esperando su turno otros temas. Uno de ellos es el problema de la autoridad en el mundo actual.

Más allá de las escuelas, ¿cómo debe entenderse que hoy por hoy existe una crisis de autoridad tan marcada?

AS. ¡Ojalá alguien pudiera explicar lo que está ocurriendo actualmente en la sociedad! Por supuesto que, como usted lo sugiere, cada escuela tiene su teoría pero, francamente, ninguna de las que conozco me convence.

Como una opinión muy personal, he aquí la mía: creo que lo que estamos viviendo es la crisis natural producida por el paso del autoritarismo al igualitarismo. En todas partes, hasta hace muy poco tiempo —especialmente en nuestros países latinoamericanos— hemos vivido en un ambiente autoritario, más o menos rígido. No era el amor, sino el temor y el "respeto" (como lo entendían los "superiores") el rector de la vida humana. El padre era, y se creía, con pleno derecho para ser autoritario; el maestro de escuela estaba investido de una indiscutible autoridad; el profesor universitario constituía un bastión inconmovible al que el alumno no llegaba y, si alguna vez lo hacía, era para pedir, como un favor, algo. Los gobernantes se conducían como si estuvieran divinamente investidos de autoridad y hacían valer esa investidura por las buenas o por las malas. La iglesia, por su parte, imponía la suya. El hombre se sometía a la autoridad, no solamente forzado a ello, sino como lo dice Fromm, por "miedo a la libertad". Ser libre significa ser responsable y es mucho más fácil dejar en manos de otros la responsabilidad, aun a costa de la propia libertad. Esto explicaría, no solamente los gobiernos autoritarios, sino la sujeción abyecta a la "democracia". El hombre, cobarde ante la libertad y la responsabilidad, se refugiaba en la masa (en el *se*, como dirían los existencialistas) y obraba como la mayoría.

Acaso el cambio de las costumbres en la educación de los niños, a la que tanto se culpa de lo malo, produjo que las nuevas generaciones estuvieran más preparadas para ser libres y pa-

ra asumir sus responsabilidades. Las viejas generaciones han tratado, de cualquier manera, de mantener "el principio de autoridad" y, de la lucha, nace el estado actual.

El autoritarismo está destinado a desaparecer y, como siempre que un sistema entra en crisis, la reacción opositora no puede mantenerse en el justo medio y avasalla todo en su afán de conquistar lo que busca. Se ha dado la vuelta a la tortilla. Ahora "la autoridad" es lo peor, lo que, no solamente debe ignorarse o superarse, sino lo que es perentorio humillar y escarnecer. Casi dialécticamente podríamos predecir una síntesis, en la que el igualitarismo se imponga.

Ahora bien. Habrá notado que vengo usando la palabra igualitarismo, a pesar de ser una herejía académica, y no la de democracia, que es la que siempre se ha opuesto al autoritarismo. Una de las razones está dada ya: cuando la democracia se convierte en el gobierno de la mayoría, es la mayoría la autoritaria. A lo que me refiero es al ideal tan cacareado, pero nunca cumplido, de que cada uno, dentro de sus posibilidades, sea igual a los demás. Igual en cuanto a sus derechos y deberes.

Se deduce que, una vez transcurrida la etapa de la antítesis antiautoritaria, es posible una síntesis final y un nuevo equilibrio en la sociedad.

MS. Ese tránsito del autoritarismo al antiautoritarismo comenzó no hace muchos años y aún ahora mantiene toda su virulencia. Como producto de tal tránsito ahí está esa generación a la que podría llamarse *generación emparedada*, o sea que surgió entre la tiranía de los profesores, por una parte, y la tiranía de los alumnos, por otra. Un colega graduado en la Universidad de San Marcos, ahora profesor de la misma, me hizo notar eso, un poco tragicómicamente: "Antes —decía—, cuando era alumno, tenía miedo a mis profesores. Ahora, que soy profesor, tengo miedo a mis alumnos".

¿No cree que esta fórmula explica algunas de las cosas que están pasando en la Universidad?

AS. Esa "fórmula" no hace sino llevarnos a la indispensable pregunta, que usted mismo se hace: ¿por qué ha ocurrido? Creo haberle dicho algo sobre mi sospecha: la educación, inclinada ha-

cia dar al niño más libertad y más responsabilidad, puede haber producido esos jóvenes que buscan la libertad y quieren asumir responsabilidades.

MS. De acuerdo. Y como cuesta muchísimo cambiar, todos estamos pagando las consecuencias de ese gran cambio. Créame, siento muy alentadora su respuesta, ahora que se echan montañas de basura crítica contra la Universidad.

Claro que estamos muy mal —¿quién podría negarlo?—, y *aparentemente* las generaciones anteriores estuvieron mejor. Subrayo lo aparencial porque también había miedo, mucho miedo, sólo que miedo a la autoridad, como ahora hay miedo, mucho miedo, a los estudiantes antiautoritarios.

Otro profesor me decía: "Yo no tengo miedo a los estudiantes". Tenía razón. Es que, actualmente, los profesores que no son miedosos son *mierdosos*. Estos últimos son los que entran en interesadas alianzas con algunos delegados estudiantiles y, como el gallo viejo, a través del ala estudiantil, aseguran su posición personal y traen abajo a quienes les interesa derribar.

Ahí estamos todavía. Menos mal, como usted dice, "casi dialécticamente podríamos predecir una síntesis, en la que el igualitarismo se imponga".

En esa conquista los estudiantes tendrán mucho que ver, previo diagnóstico implacable de los profesores *mierdosos*. Pues si los estudiantes produjeron el primer gran cambio, del autoritarismo al antiautoritarismo, ellos mismos tienen que propiciar ahora el cambio complementario que nuestra universidad espera impaciente: de la actitud torpemente pugnaz contra la autoridad al igualitarismo, siguiendo el principio de Alius Agón: "Dos miedos de fuerzas contrarias se neutralizan, estando asegurada la neutralidad por la misma oposición".

Recuerdo que usted antes exponía una idea interesante sobre los delegados estudiantiles. Se refería a que ellos dejaban de ser estudiantes justo cuando habían adquirido una gran experiencia como dirigentes, desperdiciándose de tal modo ese evidente espíritu suyo de querer cambiar las cosas que deben cambiarse, ¿o algo así?

AS. Sí, pero, desgraciadamente, no es la mejor escuela para dirigentes la de la Universidad. Allí aprenden todos los trucos de la demagogia, de la violencia, de la prepotencia, del anti-valor. Creo que, si el dirigente estudiantil pudiera mantenerse alejado de "los políticos", constituiría una real esperanza para el futuro. No ocurre así. Generalmente el dirigente es absorbido muy pronto por los partidos y se convierte en un arma de ellos. De allí el desastre de "la política" en la Universidad.

MS. "Sale con hueso" suele responder el carnicero cada vez que le piden que despache carne pura. Lo mismo podría responder la carnicera Realidad ante semejante solicitud, ya no de carne pura, sino de hechos puros, de actos puros. Y si todo, absolutamente todo "sale con hueso", ¿por qué pedir, por qué desear que el dirigente estudiantil pudiera mantenerse alejado de los "políticos"? De ellos aprende mucho, mucho de bueno —¿por qué no?—, y si aprende, además, "todos los trucos de la demagogia, de la violencia, de la prepotencia, del anti-valor", bueno, es porque dicho aprendizaje también "sale con hueso".

AS. Lo malo no es que el estudiante se haga político sino que la politiquería se imponga en él a todo: a su afán de estudiar, a su amor a la Universidad y a su cariño a la patria misma. Después de todo, no se puede dar más de lo que se tiene y los "políticos" no son una excepción a esa regla. Por eso, es terrible cuando "sale con carne" y la carne con la que sale está podrida.

MS. Lo terrible sería más bien que lo dicho por usted refuerce un prejuicio muy dañino para la vida universitaria y es el creer que un buen nivel académico está reñido con la política. Si los políticos de la Universidad se preocuparan igualmente por estudiar, investigar y hacer progresar la enseñanza, ¿no cree que la política universitaria sería altamente beneficiosa no sólo para la universidad sino para el país?

AS. Seguramente debido a que soy un viejo, un burgués comodón al borde de la arterioesclerosis cerebral, un individuo incapaz de entrar en la onda, sigo creyendo que a la universidad se va a enseñar y a aprender.

Por supuesto que eso no quiere decir que cada individuo, como tal, como ciudadano y como miembro de la sociedad, no se enrole en el partido que desee o tenga las convicciones sociales que pueda. Cada uno de nosotros, como se lo dijera ya, es, quiéralo o no, sépalo o no, un político frente a la realidad del mundo en que vive, pero no me parece que ganaría nada, ni él ni la sociedad, cuando es político en el aula. El profesor —poniendo casos extremos— de Bioquímica no va a ser mejor profesor si es comunista o si es aprista y el alumno no va a aprender más si es pequinés que si es cursillista.

El profesor debe enseñar a conciencia lo que debe enseñar y el alumno aprender a conciencia lo que debe aprender.

Fuera del aula, frente a la vida, el profesor y el alumno pueden ir, si quieren, a arengar en las plazas públicas o a pelear en las barricadas. Me parece una deshonestidad, de unos y otros, usar los claustros para hacer, no solamente propaganda sectarizada, sino para imponer creencias políticas por las buenas o por las malas.

MS. El alcalde de la ciudad diría lo mismo, que por qué los políticos van a tomar las calles y las plazas públicas. Y así cada autoridad. ¡Usted sabe, usted que nos ha pintado un cuadro excelente del autoritarismo!

Indudablemente: "El profesor debe enseñar a conciencia lo que debe enseñar y el alumno aprender a conciencia lo que debe aprender". ¿Quién puede estar en desacuerdo con usted? Y eso, enseñar y aprender mucho y bien, también es parte de una política auténticamente revolucionaria. No lo digo yo —un pequeño burgués por los cuatro costados—, lo dicen, por ejemplo, dos revolucionarios de armas tomar: Fidel y el Che.

AS. Su referencia al alcalde me parece un poco fuera de lugar. La calle y la plaza han sido siempre, desde la organización tribal más primitiva, hasta el Agora y el Forum, los lugares en los que el pueblo se ha reunido para manifestar su opinión y para discutir con sus adversarios políticos. Recorra la historia.

Enseñar y aprender mucho y bien no es "revolucionario"; es, simplemente, cumplir con un deber. Lo "revolucionario", tal como lo vemos en el travestido aspecto de la actual Univer-

sidad, parece ser, por el contrario, ni enseñar ni aprender, sino "hacer política". Y lo que los "revolucionarios" digan es crudamente contradicho por lo que hacen. En los países "revolucionarios" no se puede aprender ni enseñar sino lo que el dictador de turno señala y eso no es ni enseñar, ni aprender.

MS. Transemos: mi referencia al alcalde está un poco fuera de lugar y su referencia al Agora y al Forum está un poco fuera del tiempo. Transemos nuevamente: yo recorro la historia y usted las calles y plazas de Lima a ver si la gente puede reunirse sin la autorización del prefecto. ¡Y eso, muy sujeto a muchas conveniencias!

¿Quién puede dejar de lamentar lo que está sucediendo en la Universidad peruana? Pero ya hay brotes de un evidente renacimiento. Por lo menos en Arequipa se está dando, en ese sentido, un trabajo desvelado e inteligente de profesores y alumnos progresistas (así llamaremos a los revolucionarios sin comillas). Como hay un centralismo bárbaro, el modelo arequipeño no fue tomado en cuenta aquí.

AS. Es innegable que, en nuestro país, como en la mayoría de los países de nuestra América, estamos aún en pañales en lo que se refiere a civismo. Pero que el dictador de turno manosee al ciudadano, no es privilegio nuestro.

MS. ¿De qué manera se puede colaborar para que la Universidad salga del remolino en que se encuentra? La respuesta que seguramente casi todos tienen en la punta de la lengua es: "desterrando la política de la Universidad". Como si la política fuese una *persona non grata* a la que un buen día, cogiéndola desprevenida, se la puede poner de patitas en la calle y adiós con ella para siempre. Renunciemos de una vez por todas a ese anhelo, no sólo por sus resabios *pipescos*, sino también porque resulta a todas luces ridículamente impracticable.

La politización es un fenómeno general. ¿Todavía hay que recordarlo? Se da incluso en las universidades de los Estados Unidos. Para "curarnos" de ella tendríamos entonces que erradicarla de las universidades extranjeras, teniendo en cuenta que *la universidad no es una isla* y que hay una influencia permanente entre todas. ¿No dicen que cuando los Estados Unidos es-

tornudan medio mundo se resfría? No olvidemos, pues, que la politización tiene, además de las consabidas raíces endógenas, raíces exógenas.

Si la politización es un fenómeno inmodificable, lo que hay de modificable en ella son los métodos de lucha. Si los actuales dejan mucho que desear es porque nadie les ofrece resistencia, nadie lucha positivamente contra esos métodos negativos que usted señala. En consecuencia, a sus beneficiarios no les importa un carajo cambiarlos, modificarlos, positivizarlos. ¿Para qué, si con ellos consiguen sus propósitos?

Pero siempre no va a ser así, sobre todo cuando se incremente la politización en la Universidad. Si ésta está politizada, hay que politizarla aún más. Eso sí es factible: que todos, sin excepción alguna –alumnos y profesores, empleados y graduados– conozcan y dominen las artes, las mañas y las artimañas del juego político y, en un enfrentamiento total, paulatinamente, necesariamente, los métodos de lucha tendrán que cambiar, tendrán que perfeccionarse, sutilizarse, positivizarse, inteligentizarse.

Dicho de otro modo, sólo la lucha de clases genera clases de lucha.

AS. ¿Cómo se puede colaborar para que la Universidad peruana salga del remolino en que se encuentra? La respuesta no está en ofrecer remedios, sino, como en todo problema que se encara seria y sinceramente, en buscar las causas. Como usted dice, no se puede prohibir "la política" en las universidades. Esa política, con todas sus fallas, tiene factores que la determinan. Buscar su desaparición con leyes o estatutos es absurdo. Me hace recordar la anécdota que se atribuye a uno de nuestros dictadores que, ante la amenaza de una epidemia, prohibió a los peruanos enfermarse.

Todos los fenómenos tienen una causa o, más bien, obedecen a una serie de factores y, mientras no se actúe sobre ellos, lo único que se hará es "medicación sintomática" que, muchas veces, agrava la enfermedad. Preguntémonos: ¿a qué se debe la actual situación? ¿Qué factores se hallan en su raíz? Estudiemos los motivos y, si los descubrimos, podremos remediar los resultados.

Creo –y, por supuesto, es ésta una suposición o, mejor, apenas una hipótesis de trabajo– que se trata fundamentalmente de una crisis de valores, en la que aquellos primigenios se han visto aplastados por otros acordes con el estado actual de nuestra educación y la estructura de nuestra sociedad.

Estudiemos los valores que mueven a los estudiantes de hoy y descubriremos que son muy diferentes de aquellos que se supone que deben regir la vida universitaria entendida como tal. Son valores (o anti-valores) nacidos del estado penoso de la educación y del ejemplo, más penoso aún, de los métodos de "lucha por la vida" en nuestra sociedad.

Si queremos que el universitario esté regido por valores auténticos, creémoslos en el espíritu de los niños y habremos formado jóvenes preparados para hacer de su vida universitaria una etapa de superación y elevación y no de aprovechamiento y de aprendizaje turbio.

MS. Sospecho que estamos entrando a uno de esos terrenos en el que podríamos eternizarnos con raquetazos por aquí y raquetazos por allá, sin obtener de ello ningún provecho para nadie.

En vez de estar en este tira y afloja demasiado gaseoso, conviene que hablemos de una realidad concreta. Sugiero la de Cuba. Usted ha estado últimamente en la isla. ¿Cuál fue su impresión de lo que está pasando allí?

AS. He estado en Cuba y, tratando de ser objetivo, debo decir que he visto muchas cosas notables. Existe una "mística" y eso es maravilloso en nuestros tiempos. No creo que pueda decirse que hay comunismo: lo que hay es "castrismo" y parece que ese culto a la personalidad es inherente a todos los regímenes totalitarios.

Me han admirado algunas realizaciones: la casi desaparición del analfabetismo, el esfuerzo en pro de la salud, lo mucho que lee la gente. Me ha desilusionado el ambiente de tensión y temor en el que se vive y –lo que parece también característico de los regímenes autoritarios– la imposibilidad que todos muestran para tomar decisiones. Ante el miedo a las consecuencias, es preferible pasar la responsabilidad al que está más arriba,

quien, a su vez, hace lo mismo, con lo que se traba cualquier gestión, por pequeña que sea. Se siente también la presión del régimen policial, que me parece que es ejercido más sobre los cubanos que sobre los extranjeros visitantes.

Como ejemplo, creo que basta uno, de muy buena fuente. En el número de septiembre de 1977 de la *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* se nos presenta un caso clínico. El doctor Otero comienza la discusión con estas palabras:

"Dr. Otero: *Llega primero a consulta un compañero y dice que tiene un compañero que está loco, que lo ha cogido con el vecino de al lado, que tiene una planta de radio y que dice que está transmitiendo mensajes, etc., etc. Este compañero que viene a vernos, que es de Seguridad del Estado, nos dice que efectivamente ese hombre tiene una planta de radio, que en una determinada época estuvo vigilado y que precisamente una de las personas que tenía que hacer algunas cosas de vigilancia en cuanto a ese hombre era el paciente, pero que llegó a comprobarse que el hombre simplemente tenía una planta de radio, no tenía ningún problema y que el paciente había seguido en esas cuestiones...*"

MS. ¿Y la psiquiatría cubana, cómo está?

AS. La psiquiatría cubana se halla fuertemente, y creo que superficialmente, influida por la psiquiatría rusa.

MS. ¿Hay allá, por ejemplo, algo parecido a nuestro Hospital Larco Herrera? Si no lo hay, ¿no es eso ya el resultado de un intento serio de realización?

AS. Uno de los logros más notables en ese campo es, precisamente, la transformación sufrida por el manicomio Mazorra, de La Habana. Lo conocí antes de la revolución y era —con eso lo digo todo— mil veces peor que nuestro peor Larco Herrera. Hoy es un lugar donde se ha dignificado la atención y mejorado enormemente todos los aspectos del trato humano y terapéutico de los pacientes.

MS. ¿Cómo no creer entonces en la revolución cubana?

AS. ¿El que haya mejorado y humanizado la asistencia a los casos psiquiátricos contrapesa la deshumanización del trato a los sanos?

MS. Yo encuentro llamativamente paradójico que quienes humanizan la asistencia de los casos psiquiátricos deshumanicen el trato a los sanos.

Otra cosa: ¿cuántas veces ha estado en Cuba?

AS. He estado varias veces. Una o dos antes de la revolución y dos después de ésta. Mi primera visita a la isla luego de la toma del poder de Castro fue hecha por invitación para asistir a un congreso cubano en el que tomé parte. En ese entonces la posición de Cuba no era aún abiertamente comunista. Coqueteaba con los Estados Unidos y Castro negaba enfáticamente su filiación marxista.

MS. Le pregunto eso porque Oscar Ríos me ha contado que, en la primera visita suya a la isla, luego de la toma del poder por Castro, precisamente en ese Congreso cubano en el que usted tomó parte, los psiquiatras cubanos materializaron la idea que usted presentó en esa ocasión sobre la necesidad de implantar servicios de psiquiatría en todos los hospitales generales. Es decir, una de las ideas más preciadas de Seguin, apenas atendida en su propia patria, llevada a la realidad en Cuba, en esa Cuba que asimila todo lo que es revolucionario. Mientras tanto, ¿qué pasa aquí, aparte de seguir coqueteando con los Estados Unidos?

AS. Lo que pasa aquí lo vemos diariamente: un gobierno que comenzó con las mejores intenciones y que se entregó en manos de jóvenes intelectuales que creyeron que un país se gobernaba con teorías; que no se dieron cuenta de que existe una realidad que sobrepasa toda sistematización libresca; que intentaron una "revolución" *sui-géneris* como se intenta crear una teoría filosófica y se toparon de narices con resultados que no estaban preparados para calcular ni prever, con los efectos consiguientes: desorientación, oposición cerrada, fracaso en todos los frentes, inclusive en el frente en el que creyeron apoyarse: el popular. Si el país se halla al borde de la bancarrota total (y no tenemos dólares ni rublos que sostengan artificialmente nuestra economía), ¿cómo pretender que hagamos algo "tan secundario" como romper la rutina hospitalaria?

MS. Hagamos, pues, algo "tan primario" como romper la rutina reaccionaria...

AS. Hay, fundamentalmente, dos maneras de vivir: rutinizándose cada vez más o rompiendo constantemente con la rutina. Estaría tentado a decir que es la segunda la única verdadera ya que lo otro es un vegetar sin sentido. Toda rutina es nihilizante y contraria al vivir real y todo espíritu vivo es, por definición, revolucionario. Pero revolucionario sin marbetes y sin parámetros.

MS. No nos apartemos de la realidad cubana, a la que comenzó reconociendo estar imbuida de una mística maravillosa y exenta de analfabetismo, etc.

AS. En cuanto a la realidad cubana, lo que yo he visto "con mis ojos" es que, al lado de esa mística, existe lo que existe en todo régimen totalitario: una abyecta sumisión al que manda y un temor incontrolable al poder. En las universidades los cursos obligatorios y omnipresentes son los de marxismo (a nadie se le va a ocurrir hablar de otra cosa) y no creo que haya estudiante que siquiera piense en exigir libertad de expresión o de pensamiento. La "defensa de la revolución" me recuerda racionalizaciones muy cercanas e igualmente despreciables.

Creo en la eliminación del analfabetismo, sin haberla comprobado, pero, mi querido amigo, no basta leer y escribir: hay que tener qué leer y poder escribir libremente. He recorrido las librerías de La Habana y no he hallado —si bien baratas— más que ediciones de obras politizadas o anacrónicas. Todo ello sacrificando algo que, si desaparece, nos convierte en rebaño: la independencia de espíritu. Sinceramente, ¿cree usted que en alguno de los países totalitarios hay la posibilidad de, no solamente expresarse libremente, sino de pensar libremente?

Le voy a dar un ejemplo recientísimo; en el último número que me ha llegado de la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana (setiembre de 1977) hay la reseña de un libro recién publicado en Cuba: *Neurofisiología contemporánea*, Editorial Orbe, La Habana. Se trata de "una selección de conferencias seleccionadas del *Handbook of Clinical Neurology*, en las cuales, maestros de fama mundial exponen los avances neurofisiológicos más recientes". Quien hace la reseña —Solé Sagarra— nos dice:

"Los autores rusos predominan en estas lecciones magistrales, como es habitual en las publicaciones neurofisiológicas cubanas actuales...
En la introducción que escribe MacDonald Critchley sobre los transtornos de la actividad nerviosa superior advierte de la extrañez que a algún lector seguramente le producirá encontrar los nombres de Marx, Lenin (e incluso Stalin) en los textos científicos. Verdaderamente esto nos resulta a muchos chocante, por mucho que se quiera justificar con el materialismo dialéctico dominante en la escuela de pensamiento soviético".

MS. Yo también he visto "con mis ojos", no una, sino muchas muestras de lo que se lee en Cuba. En una librería limeña —¡qué raro que no las haya visto usted en alguna de La Habana!— adquirí muchos, muchos libros editados en Cuba, que ni son anacrónicos ni son politizados. ¿Qué más "independencia de espíritu" se puede exigir a un pueblo, como el de Cuba, que lee, por ejemplo, *Rayuela* de Cortázar o *El astillero* de Onetti o *Pedro Páramo* de Rulfo? No voy a citar, por supuesto, las mil y unas muestras de lo que se lee en la patria de Martí. Sólo quiero recordar, si en algo interesa, que muchos son los autores peruanos, peruanos vivos y peruanos muertos, que han sido editados allí, y no precisamente por ser marxistas y leninistas, ni porque no lo fuesen, sino porque tienen mucha, muchísima calidad. Entre otros: César Vallejo, José Carlos Mariátegui, José María Arguedas, Mario Vargas Llosa, César Calvo, Antonio Cisneros, Alfredo Bryce, etc., etc.

¿Cómo creer, entonces, que en Cuba no "haya estudiante que siquiera piense en exigir libertad de expresión o de pensamiento"? ¿Cómo aceptar que allí todo se ha convertido en un "rebaño"? ¿Cómo no deprimirse cuando alguien a quien uno quiere, utiliza las palabras "abyecta" y "despreciables" para referirse a Cuba, a quien también uno quiere?

AS. Aclaremos. Yo he usado la palabra "abyecta" refiriéndome a "la sumisión al que manda y el temor incontrolable al poder" y he calificado de "despreciables" a las racionalizaciones con las que se quiere justificar la censura. En ningún momento

me he referido a Cuba, sino a esas características que, *en cualquier parte*, siguen pareciéndome abyectas y despreciables.

En cuanto a la libertad de expresión o de pensamiento, creo que hay que cerrar los ojos y los oídos del alma para ignorar que no existe, ni lejanamente, en los países totalitarios —de cualquier mano—. Los libros que yo he visto en las librerías de La Habana eran, repito, sectarios o anacrónicos. En cuanto a los que usted cita, es fácil señalar las "simpatías" sociales de sus autores: Mariátegui, Vallejo, Calvo, Arguedas, Vargas Llosa (antes de su desilusión), etc.

MS. Disculpe que le diga así: no sé a qué tipo de librería ha entrado usted, pero mi amigo Raúl Portocarrero (médico, de Arequipa) se trajo de Cuba las obras completas de Finlay (médico, de Cuba). Por lo que sé, Finlay es célebre, no precisamente por su filiación socialista, ni por su adhesión a Castro, sino porque realizó importantísimos descubrimientos en relación con la fiebre amarilla. Por lo demás, murió en 1915, es decir cuando ni se soñaba con el régimen castrista. Y eso no me lo contó mi amigo, sino que la obra de Finlay la tuve en mis manos.

También siento la necesidad de resumirle mi posición frente a Cuba: quiero a Cuba porque allí se está gestando el socialismo que quisiera que se gestara en cualquier sociedad en donde unos pocos codiciosos organizan los mecanismos de explotación de los muchos *trabajadores del capital* a su gusto y antojo protegidos por los poderosos de adentro y de afuera, a los que igualmente les conviene esa explotación.

Con defectos y errores, qué se le va a hacer, pero se está gestando el socialismo y eso es lo único que cuenta para mí.

AS. Finlay fue un cubano al que se admira por su producción en la esfera científica, pero... usted mismo señala que murió en 1915, lo que hace su obra, por respetable que sea, anacrónica. Recuerdo que eso es parte de lo que dije.

Su simpatía por Cuba es plausible. Me recuerda mi simpatía por Rusia cuando me acababa de recibir de médico. También creía que allí "se estaba gestando el socialismo". Le contaré que, entonces, escribí una carta a la Embajada Soviética ofreciendo mis servicios profesionales a la causa de la salvación de la

humanidad. No los aceptaron. Si lo hubieran hecho, posiblemente me hallaría ahora en algún manicomio, siendo tratado como otros disidentes.

Dice usted que "con defectos y errores, qué se le va a hacer, pero se está gestando el socialismo y eso es lo único que cuenta para mí" y, frente a esa manifestación, no hay nada que discutir. Yo acepto a mis amigos con todos sus defectos y errores. Qué se le va a hacer.

MS. No es el tiempo "físico" —ese que marca el reloj y el calendario— el mejor criterio para decir si Finlay es anacrónico o no, sino el tiempo que dura un aporte —ese que queda marcado en la historia—, y, por lo que sé, Finlay no puede ser arrojado así no más a la fosa común de los anacrónicos. Su obra, algo voluminosa, no sólo trata de la Fiebre Amarilla. Habría que leerla con ojos menos ligeros para descubrir en ella quién sabe qué otros aportes.

La ciencia también tiene su panteón de soldados desconocidos. Cierta vez vi en una librería de viejo un sucio y enteco folleto. Me llamó la atención por su título: *La provincia* (como soy provinciano, me interesa mucho el tópico). Precisamente es de la época en que murió Finlay. No me desanimó eso ("no hay nada nuevo bajo el sol, ni nada viejo", Vallejo *dixit*). Felipe Santiago Rosas, un oscuro arequipeño, ponía esa "disertación sobre la provincia" a la consideración de los "señores catedráticos", "para optar el grado de doctor en la Facultad de Jurisprudencia". Leyendo ese esmirriado folleto descubrí que Rosas ya hablaba de que Lima funcionaba como metrópoli y las provincias como *colonias* de ella. Claro, dicho concepto de colonialismo interno (reflejo y consecuencia del internacional) circula actualmente en boca de todos. ¿Pero, a comienzo de siglo? Un paisano suyo, pues, lo formuló por primera vez y no Stavenhagen, ni Frank, ni Nkrumak, ni Balandier, o no sé qué sociólogo moderno.

Si en un folletito aparentemente insignificante se puede descubrir eso (le soy sincero que con un placer intelectual del carajo), ¿cómo no se va a descubrir muchísimas más cosas en las obras completas de Finlay? Conclusión: por cualquier lado que

se lo mire, es muy desalentador escuchar decir que la obra de Finlay es anacrónica.

Usted afirma, por otra parte, que frente a lo que digo sobre Cuba ya "no hay nada que discutir". Así, de un solo cocacho, parece ubicarme en la "izquierda fanática" quedando usted automáticamente ubicado en la posición que usted mismo llama de "izquierda razonadora". No estoy seguro de que haya más de una izquierda, pero sí lo estoy de que, en este terreno de las adhesiones ideológicas, toda argumentación tiene su contra-argumentación. En consecuencia, quienes persisten en ellas corren el grave riesgo, no de aburrirse —no hay nada más agradablemente narcisístico que ser fanático de uno mismo—, sino de aburrir a los demás. Pecado capital éste, creo, que ni yo ni usted quisiéramos cometer. Se impone, pues, cortar por lo sano, no sin antes hacer esta salvedad: si he dicho que acepto la revolución con sus errores y con sus defectos es porque hasta el final procuro ser consecuente con mi *filozoofía* (la escribo así porque la otra manera me resulta de una pedantería poco menos que insufrible), esa *filozoofía* en que, ya le dije, todo, absolutamente todo —si de empresas y experiencias humanas se trata—, "sale con hueso".

Hasta la amistad, doctor Seguin, "sale con hueso". De ahí la frasecita que usted me dedica al final de su respuesta anterior. Le agradezco la gentileza. Por eso, en justa retribución, le dedico esta otra, sobre lo mismo, que escuché a Gassman: "Un amigo es alguien que te conoce bien y, a pesar de eso, te quiere".

AS. Amén.

la antipsiquiatría

MS. Hablemos ahora de nosotros mismos: los psiquiatras. ¿No cree que el hecho de ser psiquiatra constituye, en cierto sentido, una camisa de fuerza? En primer lugar, el psiquiatra no puede transgredir lo que los demás suponen que son las barreras de lo "normal". En segundo lugar, los demás suponen que el psiquiatra debe ser, no sólo "normal", sino el *más* "normal" de todos. Y un poco de "locura" en nuestra conducta, o, si se quiere, una suficiente libertad, una oxigenante espontaneidad, ¿no la cree indispensable para estar bien, para sentirse a gusto en la vida?

AS. Creo que, aparentemente, hay algo de razón en lo que plantea, pero, si examinamos el asunto más a fondo, veremos que el verdadero psiquiatra no necesita fingir, porque estará en su naturaleza no la "normalidad" (?), sino *la adecuación de su ser al de su paciente*, de manera que no necesitará sino ser lo que es. Volvemos a lo dicho: si ama, es. Y, entonces, aun ese "poco de locura" hará bien.

MS. ¿Qué dice de la fama que tenemos los psiquiatras de ser "medio locos"?

AS. Creo que no se trata solamente de "fama". La razón que lleva a muchos a la psiquiatría —esto ha sido dicho hasta el cansancio— es el afán de dominar ese "poco de locura" que el candidato sabe que existe en él. Cuando no se trata sino de "un poco", acaso sea útil porque sensibiliza y permite una comprensión más auténtica. Cuando es "un mucho" se convierte en

un peligro porque, en lugar de hacer conscientes las fallas psicológicas, incorpora todos los conocimientos al sistema de pensamiento cargado de *pathos* y hace del psiquiatra un ser que va por la vida regando patología.

MS. Para evitar cualquier malentendido, conviene que precisemos lo siguiente. En psiquiatría se puede decir, refiriéndose a alguien, "es un poco loco"; en obstetricia, en cambio, no se puede decir que una persona está "un poco embarazada". En este caso está o no está. En el anterior puede tratarse de muchas cosas. Más concretamente, ¿a qué se refiere con eso de "un poco loco" y "un mucho"?

AS. Precisemos: si creemos que la "locura" no es sino el dominio que ejercen sobre el Yo las fuerzas primitivas inconscientes, es fácil comprender que esas fuerzas existen en todos nosotros, lo que, en otras palabras, quiere decir que todos somos "locos en potencia". Ahora bien, el hombre "normal" ha aprendido a manejar sus fuerzas inconscientes de tal manera que se conviertan en el motor de una vida socialmente útil. Cuando ese manejo es deficiente, tales fuerzas pueden escaparse al control yoico o superyoico y manifestarse como pensamientos o acciones "anormales".

No hay nadie que sea completamente "normal". Por lo tanto, todos tenemos "algo de locura", es decir una proporción de impulsos inconscientes que están presentes en nuestro pensar o en nuestra conducta. Hay quienes —los artistas— aprovechan ese porcentaje y lo "subliman". Hay quienes se dejan arrastrar por él y se convierten en "criminales" o "pervertidos". Hay quienes lo usan más o menos fructíferamente y son psiquiatras. Y hay quienes no pueden mantener el porcentaje entre los límites manejables y son "locos".

MS. Cuando escucho decir a la gente que los psiquiatras se ponen mal de tanto enfermo que ven y escuchan, yo les digo que, al contrario, comenzamos peor y que con el ejercicio de la especialidad mejoramos. ¿Cree usted lo mismo?

AS. El verdadero psiquiatra trata de comprender a sus semejantes y, en ese afán, aprende a comprenderse un poco más

a sí mismo. Puede estar, pues, más preparado frente al conflicto y frente a las soluciones falsas.

MS. No obstante haber bibliotecas enteras dedicadas a la locura, no es todavía sazón para que alguien se atreviera a decir: "Señoras y señores, esto es, sin lugar a dudas, la locura". Sólo los antipsiquiatras creen saber lo que es ella a ciencia cierta.

¿Da usted algún crédito a la antipsiquiatría?

AS. Creo que debe acordarse mucho crédito a la antipsiquiatría. No en el sentido absurdo que algunos de sus cultivadores han querido adjudicarle, sino considerándola como una justa reacción contra los abusos de la psiquiatría social, contra el deslizadero que lleva a deshumanizar al "enfermo mental" y tratar de imponerle nuestras ideas y nuestras decisiones creyendo que, porque está "loco", es incapaz de pensar. Todos los que nos hemos acercado al paciente psiquiátrico, no con profesionalismo ni con recetas aprendidas, sino con amor, sabemos que hay más humanidad en sus locuras que en la actitud de sus "curadores".

MS. ¿Entonces qué originalidad tendría la antipsiquiatría si todo eso que usted señala no es nada más que puro pinelismo?

AS. No es puro pinelismo. Pinel intentó humanizar el tratamiento de los "locos", pero nunca dudó de su locura. Pinel compadecía a sus enfermos pero, aunque trató de comprenderlos, no pensó que no estuvieran "insanos". He aquí un interesante párrafo de su *Traité Médico-Psychologique*, escrito en 1801, que nos prueba la exactitud de su visión, pero no la creencia en que los "insanos" no lo fueran:

"... *la ciega rutina de un gran número de médicos se ha movido siempre dentro del estrecho círculo de numerosas sangrías, baños fríos y duchas repetidas y violentas, sin poner atención al lado moral del tratamiento. Así, en todos los aspectos del asunto, el hombre ha descuidado el punto de vista puramente filosófico acerca de la locura, el conocimiento de las causas físicas o morales que pueden producirla, la exacta historia de los síntomas precursores, la distinción entre las varias formas del desarreglo mental, el curso y el fin del ataque, si es intermitente,*

las reglas de la política interior en los hospitales, la definición cuidadosa de aquellas circunstancias que hacen algunos remedios necesarios y de aquellas que los hacen superfluos. Para esta enfermedad, como en muchas otras, la habilidad del médico consiste menos en el uso repetido de remedios, que en el arte cuidadoso de usarlos o evitarlos en el momento justo".

MS. Todavía no sabemos muy bien lo que es la esquizofrenia, la locura por excelencia, ¿con qué cara entonces hablar de lo que hablan los representantes de la antipsiquiatría? ¿No le parece que en todo ese menjunje de locos que son cuerdos y de cuerdos que son locos hay mucho de demagogia?

AS. No creo que haya habido demagogia en los iniciadores del movimiento. Leyéndolos y conociéndolos uno se convence de su sinceridad, aunque no del todo de su higidez. (Acaso son genios). Lo malo es que la política —diría, mejor, la politiquería— que se adueña de todo y lo ensucia todo, se ha abalanzado sobre las ideas de los pioneros y trata de aprovecharlas con propósitos demagógicos o de acuerdo con su fanatizada alógica.

MS. El aspecto escandalosamente tonto del asunto es que la mayoría no se da exacta cuenta del menjunje aquel y repiten como loros ese y otros más, totalmente reñidos con la verdad clínica.

Si supieran lo poco que se sabe sobre la esquizofrenia, aun sabiendo solamente eso, los elogiadores de la locura, ¿no sentirían la necesidad de diferenciar la locura esquizofrénica —la locura psiquiátrica— de la locura literaria? ¿Cómo ve usted a la esquizofrenia, esa enfermedad a veces invalidante, casi siempre deshumanizadora?

AS. Quienes elogian la locura no son solamente los literatos, a los que pudiéramos acusar de que hablan sobre lo que no saben. Todo el movimiento de la antipsiquiatría, encabezado por psiquiatras muy inteligentes, cree que la locura —y la esquizofrenia principalmente— es lo más "cuerdo", ya que, en un mundo insano, los únicos sanos son los que escapan de él y, en su fantasía, tratan de superar las bárbaras realidades a las que han sido sometidos.

El elogio de la locura es, por una parte, el intento de perder el miedo a la parte psicótica que todos tenemos como componente de nuestra propia personalidad y afirmar su valor y, por otra, una "ganancia secundaria" que la convierte en arma política, cuando afirma que la psiquiatría es solamente una manera como la sociedad de consumo trata de liberarse —segregándolos y castigándolos— de aquellos que ponen demasiado en evidencia sus absurdos.

En cuanto a la esquizofrenia, creo que aún es un misterio. Es verdad que se encuentran en su determinación, factores hereditarios; es verdad que podría señalarse alguna alteración bioquímica; no hay duda de que la influencia familiar y social es poderosa. Lo angustiante para quien deseara comprenderla para ayudar es que hay casos que parecen convencernos de su etiología social al lado de otros en los que ella aparece como indudablemente genética. Hallamos aun algunos en los que ciertas manifestaciones nos sorprenden por su clara e inteligente finalidad. Creo que la esquizofrenia es un misterio, como —lo he dicho varias veces— es un misterio todo lo que al hombre se refiere, pese a los "científicos", que saben todo lo que hay que saber sobre él (?).

MS. Si usted cree que la esquizofrenia es un misterio, ¿cómo cree en los antipsiquiatras, que la tienen por lo más "cuerdo"?

AS. Ante todo, yo no "creo" en los antipsiquiatras. Lo que he dicho es que se les debe dar crédito por su saludable reacción frente a la deshumanización del enfermo mental y no por el sentido absurdo con que se la ha usado.

No creo, por supuesto, que los esquizofrénicos sean los más "cuerdos". Es que el misterio se presta, precisamente porque lo es, a que cada uno trate de aclararlo a su manera, o, mejor dicho, de manera que le permita llevar agua a su molino. Que lo digan, junto con los psiquiatras, los bioquímicos y hasta los lingüistas, cada uno de los cuales ha "descubierto" la esencia del síndrome.

MS. Lo que hay que criticar insistentemente a los líderes de la antipsiquiatría es el haber elegido una de las enfermedades de origen más endógeno, o sea la esquizofrenia, para poner

de relieve las condiciones de origen más exógeno, o sea, "las condiciones de orden económico, social y político responsables de una situación que todos están de acuerdo en considerar intolerable".

En vez de ganar adeptos entre los psiquiatras reaccionarios —que son los más—, los líderes de la antipsiquiatría les han reforzado su reaccionarismo porque, como los del oficio conocemos, aunque no del todo pero muchísimo más que el resto, lo que es la esquizofrenia, ahora los psiquiatras reaccionarios tienen un motivo más, no sólo para rechazar, sino para denigrar la *sociogénesis* en el sentido más progresista de este término.

AS. Su afirmación de que la esquizofrenia "es una de las enfermedades de origen más endógeno" sería seriamente refutada por un gran porcentaje de psiquiatras modernos.

Por otra parte, los antipsiquiatras no trataron nunca de conquistar a los "reaccionarios", sino de combatirlos y ridiculizarlos, lo que han logrado en gran parte. Desgraciadamente, sus exageraciones, y sobre todo su explotación política, han hecho que el ridículo se vuelva hacia ellos.

MS. Entre los reaccionarios hay gente de valía y no ganarlos a la causa que uno considera trascendente, es muy reaccionario. Igual sucede con el sistema burgués. Tiene muchísimas cosas de valor. No aprovecharlas, no sólo es muy de reaccionario, sino muy de estupidario.

Respecto a lo de los "psiquiatras modernos", para comenzar, ¿quiénes son?: los mismos de antes, solamente que en la actualidad han aprendido a dorar la píldora, por ahora con pujos socializantes, mañana con lo que mañana se ponga de moda y tras pasado mañana... bueno, tras pasado mañana creo que ya no existirán sino sociatras, pero los de a verdad y no como los que fungen actualmente de tales. ¿No cree usted?

AS. Creo haberle dicho ya que no creo en la posibilidad de la existencia de sociatras, es decir de médicos de la sociedad. Para que existan médicos, tiene que haber enfermos. ¿Qué es una sociedad enferma? La mayor parte de los estudiosos consideran que el intento de asimilar la sociedad al individuo hasta achacarle "enfermedades" es completamente ingenuo, por decir

lo mejor. Me parece que es a los sociólogos y a los estadistas a quienes corresponde el estudio de la sociedad y su estructura y el proponer planes para hacerla mejor. La psiquiatría seguirá siendo la que trate los transtornos individuales, tomando, por supuesto, muy en cuenta los factores sociales que pueden tener parte en su etiología, al lado de todos los otros: los biológicos, telúricos, psicológicos, culturales, etc.

No sólo de sociedad vive o muere el hombre.

MS. Aparte de la antipsiquiatría, ¿qué otros movimientos, enfoques o doctrinas ha visto nacer en todos los años que ejerció la psiquiatría? O, de manera más general, usted, que comenzó a estudiar la profesión en 1926, ha asistido, digámoslo así, a medio siglo de medicina. En todo ese tiempo ¿qué nuevos tipos de tratamiento, qué nuevos recursos, qué nuevos nombres, en fin, qué entusiasmos y desentusiasmos vio pasar?

AS. No "he visto pasar" la medicina; la he vivido intensamente. Llegué a la Psiquiatría en el tiempo de la insulina y los abscesos de fijación. "Descubrí" el *electroshock* en los Estados Unidos y fui de los primeros en usarlo entre nosotros. El entusiasmo por todo eso pasó —a pesar que se mantiene en algunos ambientes. Vino luego el *boom* de los fenotiacínicos. Traje al Perú la primera ampolla de Largactil desde Francia y he seguido la evolución de la farmacoterapia, paso a paso, hasta su estado actual.

He usado todo lo que creí que podría beneficiar a mis enfermos, pero ha sido la psicoterapia la que me entusiasmó desde el principio. Mi tesis de doctorado fue sobre hipnosis y ya había publicado un libro acerca del psicoanálisis. Luego me han interesado todos los movimientos que ofrecían una esperanza. En nuestros días, el psicoanálisis, que dominó el horizonte de las ciencias del hombre, está en pleno retroceso y se destacan los métodos basados en las teorías del aprendizaje. ¿Qué seguirá?

MS. ¿Alguna variación sobre el mismo tema?

AS. Sería la de nunca terminar cualquier intento de referirme a las corrientes psicoterapéuticas que cada día aparecen. Renuncio a emprenderlo. En el capítulo de la *Historia Universal de la Medicina*, séptimo tomo, pretendí hacer una síntesis.

MS. ¿Cómo ve el futuro de la terapia conductual? (Claro, si brevemente nos expone sus orígenes y su presente, para terminar hablándonos de las perspectivas de este método, mucho mejor...).

AS. Mucho habría que decir acerca de la terapia conductual —o, mejor, terapéutica de la conducta. Creo que su moda se debe a la natural reacción que siempre se produce frente a una teoría al cabo de algún tiempo de su imposición. El psicoanálisis, que dominó el campo psiquiátrico y psicológico durante décadas, estaba "cansado" y se halló algo que podría reemplazarlo. Por otra parte, la práctica del psicoanálisis estaba reservada, en general, a los médicos. Los psicólogos, que siempre han pensado que la psicoterapia era de su dominio, encontraron en el neoconductismo la manera de hacer psicoterapia con menos dificultades. Por supuesto que esa teoría llenaba otras condiciones: era atractiva para todos los que se han criado en la adoración a la "ciencia" y creen que solamente es ciencia la que se basa en la experimentación de laboratorio y en las estadísticas.

En cuanto al futuro, ya está viéndose. Los propios neoconductistas, encabezados por uno de sus líderes, Lazarus, reconocen la insuficiencia de sus planteamientos y buscan una "alianza" con la psicología dinámica.

MS. En las charlas que dio en el Hospital Obrero sobre terapéutica de la conducta usted mostraba cierto entusiasmo por sus métodos. ¿Los utiliza usted en algunos casos?

AS. Me entusiasma todo lo que me parece útil al enfermo. He usado algunas veces técnicas de la terapéutica de la conducta y las he hallado fructíferas, especialmente en el campo de la psicoterapia sexual.

MS. ¿En qué tipos de trastornos concretamente son útiles dichas técnicas?

AS. Parecen muy efectivas en las fobias y sus complicaciones. En cuanto a la terapéutica sexual, los métodos más usados no pueden prescindir de su base, que es, a fin de cuentas, asentada en la teoría del aprendizaje. La impotencia, la frigidez, la anorgasmia y todos los otros trastornos parecen beneficiarse

grandemente. Una de las conquistas más espectaculares se refiere al tratamiento de la eyaculación precoz.

MS. La cual es una de las alteraciones psicosexuales más frecuentes. Por serlo creo que se prestaría un buen servicio a la comunidad si usted hablara, *grosso modo*, de ese tratamiento.

AS. Debo confesarle que me resisto a responder a su pregunta con la amplitud que debería. Me parece que sería como dar recetas por teléfono, sin conocer al paciente. Lo que puedo decirle es que se trata, como en todos los intentos modernos de terapéutica sexual, de actuar, no sobre "el enfermo", sino sobre la pareja. Después de todo, el acto sexual es un aparejamiento. La técnica que se usa en la eyaculación precoz se deriva de un descubrimiento de Semans: la interrupción de la excitación al borde del orgasmo, por medio de diferentes procedimientos, lo va prolongando.

MS. ¿Cuáles procedimientos?

AS. Los procedimientos terapéuticos deben ser aprendidos sistemáticamente y con todas las garantías éticas necesarias.

MS. No sé si a lo de Semans deba llamársele descubrimiento. En todo caso, este autor también tiene sus precursores, nada científicos por cierto: los masturbadores que, con el propósito de prolongar el placer, interrumpen su rítmica manipulación, justo, al borde del orgasmo, para comenzar de nuevo, apenas sienten que ha pasado el riesgo de la llegada del "aguafiestas". Y así, *interrumpidamente*, a discreción, hasta cuando les plazca.

No sólo a lo de Semans se le puede descubrir fácilmente su arista doméstica. En general —y no soy el primero, por supuesto, ni seré el último en hacerlo notar—, todo lo que últimamente aparece bajo el nombre de terapéutica de la conducta o terapia del comportamiento no es sino una inteligente sofisticación de las recetas de cualquier abuelita inteligente, excepción hecha, se entiende, de la "pajita con truco", como de buena gana llamaría a la práctica de los precursores de Semans.

AS. Con la diferencia de que la "receta de la abuelita" se basaba en tradiciones empíricas y la terapéutica de la conducta se enorgullece de su amancebamiento con la ciencia experimental.

MS. ¿Será cierto que ese orgullo lleva a algunos a renegar de su apelativo de psicólogos, reclamando para sí el trato de "ingenieros de la conducta"? ¿Será cierto también que incluso llegan a renegar de su propio inconsciente?

AS. Los "terapeutas de la conducta", si no niegan completamente el inconsciente, por lo menos no le dan importancia. Aquello de "ingenieros de la conducta" tiene que ver con el rechazo exagerado que algunos profesan a todo lo que suene a abstracto, como psique. En realidad, la palabra ingeniero tiene antecedentes que rebasan sus usos actuales. Deriva del latín *ingenium*, que significa habilidad, invención, como lo muestran sus raíces: *in* y *gen*, producir, generar. En ese sentido, todo aquel que tiene una habilidad y produce algo es un ingeniero.

MS. Me gustaría saber qué piensan los ingenieros de a verdad de dicha autonominación. Tal vez sean menos quisquillosos que los doctores. Una vez, cuando dije, en rueda de médicos, que el psiquiatra era una especie de ginecólogo del alma, fue suficiente para que un ginecólogo saltara de su asiento, todo susceptible, a pedir "distancia y categoría". ¿Qué le parece?

AS. ¿Cómo hubiera reaccionado usted si le dicen que los ginecólogos son los psiquiatras de la vagina?

MS. Hubiera reaccionado psicosomáticamente. ¡Claro que sí! Y después de la correspondiente carcajada psicofisiológica, hubiera disertado sobre la vagina neurótica, la vagina psicótica y la vagina psicopática (no confundirla, por favor, con la vagina democrática). Hasta hubiera hablado de la vagina con dientes (la más trascen-dental de todas).

Volviendo a la susceptibilidad profesional, a mediados de mayo de 1961, en *La Prensa* y *El Comercio*, aparecieron sendas noticias sobre la reacción de un psiquiatra del Larco Herrera porque usted había llamado "mastodonte" al manicomio y creo también le había calificado de "elefante, aunque no blanco". ¿Es cierto el incidente?

AS. En un Congreso realizado por entonces, puse énfasis en la necesidad de cambiar fundamentalmente el concepto de la atención psiquiátrica, centrada en los manicomios, hacia una diferente consideración del enfermo mental, como se practicaba

en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales, de los cuales el nuestro fue el primero en los países de habla castellana y posiblemente el único en el mundo en el que pacientes psiquiátricos estaban en el mismo pabellón con los de otras especialidades y se les trataba sin hacer discriminaciones disminutorias o humillantes. En el curso de la ponencia me referí, tangencialmente, al Larco Herrera, sugiriendo que era el ejemplo de aquellos hospitales obsoletos.

Un periodista, en un afán noticiero, aprovechó la oportunidad para hacerme decir cosas que no había dicho. (Entre paréntesis, nadie ha estudiado detenidamente la revolución que, en la práctica periodística, causó la aparición de las grabadoras, que impiden, por una parte, que el entrevistador falsee lo dicho, y, por otra, que el entrevistado niegue lo que afirmó. Creo que valdría la pena intentar un ensayo sobre el tema).

MS. En la época que sucedió eso todavía no se hablaba de la antipsiquiatría...

AS. No. La antipsiquiatría es un "invento" mucho más moderno.

MS. Cuando se realice un estudio desapasionado de la psiquiatría peruana se verá con claridad que, cuando Cooper, Laing y compañía comenzaban a echar las semillas críticas contra la psiquiatría tradicional, aquí en el Perú ya estaba en marcha un cierto tipo de antipsiquiatría.

Ya se le han terminado de caer los dientes de leche a la antipsiquiatría. Ahora se le comienza a descubrir la dentadura postiza. Koupernik, por lo pronto, le extrajo todos los dientes definitivos con este aserto (el cual es, a la vez, un acierto): "En la antipsiquiatría lo que es verdaderamente nuevo es discutible y lo indiscutible no es nuevo". Por ejemplo, la crítica contra el hospital psiquiátrico tradicional; la crítica contra algunos conceptos de Jaspers ("brote", "incomprensibilidad", etc.); la crítica contra las "etiquetas" nosológicas; la crítica contra el enquistamiento de la psiquiatría en moldes conservadores que impedían la insurgencia de la sociogénesis; la crítica contra los métodos "físicos", abogando por los métodos que tuviesen que ver con la *humanidad* del hombre (redundancia humanizante explicable

por la callosidad profesional de los que se empecinan en ver al enfermo como un "objeto científicamente abordable"); la crítica contra la represión sexual (represión que en el Perú llevó a incluir, por ejemplo, las prácticas anticoncepcionales en el capítulo de las anormalidades psicosexuales); la crítica contra el abusivo, ignorante y perjudicial trato que la psiquiatría tradicional daba al psicoanálisis, trato que en el Perú llegó al colmo de los colmos, etc.; todo lo enumerado ya tenía vigencia entre nosotros cuando comenzó a expandirse por el mundo la moda antipsiquiátrica.

Necesariamente, tienen que ser borrados por el tiempo los factores que impiden ver con claridad quiénes representaban en el Perú la psiquiatría tradicional hasta 1940, y quiénes, a partir de ese año, emergen contra ella, inaugurando, repito, un cierto tipo de antipsiquiatría. Sin embargo, la "antipsiquiatría" de ayer, ahora comienza a mostrar sus arrugas de psiquiatría tradicional. Contra ésta, en consecuencia, debe levantarse otra antipsiquiatría. Como lo tradicional siempre ofrece una resistencia muy fuerte, tiene que haber lucha.

En 1940, usted escribió, doctor Seguin, la fórmula que debe tener en cuenta toda disciplina que quiere mantener un ritmo progresista. Fue en el libro *Freud, un gran explorador del alma*. Allí dijo: "bella es la lucha". Yo entendí esa frase, por el contexto en que está, como una invocación revolucionaria.

Cuando acuñó esa frase, tenía usted 33 años: la "edad de Cristo". Ahora, a los 70 años, ¿piensa lo mismo?

AS. Bella es la lucha, sí, pero no la lucha por la lucha misma, sino la búsqueda constante de un ideal. Bella es, cuando obramos convencidos de lo noble y lo humano de la lucha. Bella es la lucha por la verdad, por la justicia, por la constante superación de las limitaciones humanas y sociales. Bella es la lucha, pero no la pelea.

Dice usted, y con razón, que estamos necesitando una nueva lucha, que continúe la de la antipsiquiatría. Creo que yo estoy ya empeñado en ella. Usted ha oído la conferencia que pronuncié en el último Congreso Peruano de Psiquiatría (1978) y habrá percibido claramente los síntomas del comienzo. Conti-

nuándola, acabo de dar, en el Primer Congreso Bolivariano, de Guayaquil, otra conferencia en la que profundizo algo más el tema. Pienso continuar luchando. ¿Por qué, esta vez? Pues por una renovación total del concepto de enfermedad y especialmente de aquél de enfermedad psiquiátrica. No puedo, naturalmente, extenderme aquí, pero sé que me va a pedir que explique en qué se basa la nueva lucha y trataré de concentrar algunos conceptos básicos:

La medicina, a lo largo de muchos, muchos años, persiguió incesantemente un fin: hallar un modelo de enfermedad, es decir, un modo cómo ella debería ser concebida y manejada. Trató de liberarse —considerando ello como un progreso— de las ideas mágicas con las que fue, por mucho tiempo, envuelta y, recurriendo cada vez más a los recursos de la ciencia experimental y positiva, arribó a lo que puede llamarse el modelo biológico: la enfermedad sería el resultado de alteraciones en la estructura o el funcionamiento de órganos o sistemas, alteraciones que el profesional debe descubrir, calificar y remediar.

Pero, los progresos de la antropología cultural y sus resonancias en el campo médico y psiquiátrico: la psiquiatría transcultural, la psiquiatría folklórica, la psiquiatría social, fueron mostrando cuán lejos se halla ese modelo de la realidad.

Ante todo, la enfermedad tiene menos importancia para el hombre por *lo que es* (si sabemos lo que es), que por lo que *significa*. En otras palabras, el concepto mismo de enfermedad no puede ser tomado como el de una entidad biológicamente determinada, sino como el de un fenómeno esencialmente social y cultural. Pasaré por alto las dificultades que se presentan apenas tratamos de establecer un límite entre enfermedad y salud, para referirme a cómo los "síntomas" que determinan su diagnóstico varían enormemente de cultura a cultura. Para dar solamente un ejemplo diré que la crisis comicial, síntoma suficiente en nuestra sociedad para calificar a quien la padece como epiléptico —es decir, enfermo— en otras culturas es considerada, no como un síntoma, sino, más bien, como muestra de que el individuo se halla poseído por una divinidad, benigna o maligna.

En realidad, en cada instancia en la que el concepto de enfermedad aparece, él se halla sujeto a variables culturales y sociales definitorias. Así, un individuo no puede declararse o ser declarado enfermo, si sus manifestaciones no condicen con las que la sociedad en la que vive ha establecido como necesarias para tal designación. La enfermedad confiere un *status* particular, *status* que, si bien libera de algunas obligaciones y deberes, impone otros. Como todos los roles sociales debe, pues, cumplir con los requisitos necesarios.

Por otra parte, un "síntoma" es interpretado diferentemente en cada cultura. (Un dolor de cabeza, por ejemplo, puede ser considerado como el producto de una alteración somática cualquiera, como el producto de una preocupación, como producido por un "daño" mágico, como un castigo, como la introducción de un espíritu en el cráneo, como causado por fenómenos meteorológicos, etc.). Será interpretado, consecuentemente, produciendo las actitudes indicadas por la sociedad para el caso.

Esas actitudes, especialmente las de la familia, son importantísimas y muchas veces determinan la evolución del cuadro mismo.

Por último, la sociedad prescribe también cuándo el sujeto debe buscar ayuda —si se acepta que la necesita— y hacia quién o quiénes debe dirigirse.

Todo esto nos muestra que debemos reconocer, aun con nuestra mentalidad "científica", que si bien la enfermedad puede tener componentes biológicos (sabemos bien que puede no tenerlos y no por ello ser menos grave), no se reduce a lo que ellos determinan, ni mucho menos.

No seguiré en ese camino pero creo que lo dicho basta para ver que debemos abandonar el concepto estrictamente biológico de enfermedad y adoptar uno que tenga en cuenta los factores sociales y culturales, que tanta importancia tienen.

Tal enfoque nos permitirá una visión más amplia y comprensiva de la medicina, en general, y de la psiquiatría, en particular; nos permitirá alejarnos de las clasificaciones estrechas, que dejan fuera una crisis de "síndromes raros", con base cultural; nos permitirá acercarnos a las prácticas de la etno-psiquiatría y

la psiquiatría folklórica y estudiarlas como psiquiatrías distintas, pero no por ello despreciables o ignorables; nos permitirá liberarnos de conceptos limitados y considerar la enfermedad tomando en cuenta, como igualmente importantes, todo el conjunto de factores con ella relacionados –factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales– y estudiarlos en su complicada urdimbre, establecer sus relaciones e interinfluencias y, de esa manera, fundar una nueva medicina y, especialmente, una nueva psiquiatría, que nos dé la oportunidad para realizarnos como investigadores y, lo que es más importante aún, como posibilitadores de hombres.

He aquí, pues, todo un programa de lucha (que puede llamar una nueva antipsiquiatría, si le gusta) que significa mucho esfuerzo sincero en todos los campos, desde el biológico hasta el cultural, pero, principalmente, mucho esfuerzo para oponerse a la rutina, al anquilosamiento y al estatismo, que son las peores faltas en las que puede caer, no solamente el psiquiatra, no solamente el médico, sino el HOMBRE, con mayúsculas.

edipo en la ciudad de los reyes

MS. ¿Cómo explica que exista una Asociación Psiquiátrica Peruana y una Sociedad Peruana de Psiquiatría y Neurología? ¿Puede hacer una precisión histórica de lo apuntado? Y, hoy por hoy, ¿qué nos conviene más, esa duplicación institucional o una política de unificación?

AS. La Sociedad Peruana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal fue fundada en 1938 y agrupó, no solamente a neurólogos, psiquiatras y especialistas en Medicina Legal, sino a todo aquel que, en algún momento, se había mostrado interesado en cualquiera de esos tópicos (se sucedieron en la Presidencia internistas y especialistas de otras vocaciones). Fue el producto del entusiasmo de Delgado y Trelles, que la animaron y comandaron por mucho tiempo. Llegó un momento en el que un grupo de psiquiatras sintió la necesidad de liberarse de esa hegemonía y de esa confusión de especialistas. Se fundó la Asociación Psiquiátrica Peruana. Más adelante la primitiva sociedad se convirtió en una de Neurología, Psiquiatría y Neuro-Cirugía, reflejando el nombre el predominio en sus actividades. Poco a poco, con la renuncia de la mayoría de los psiquiatras, se fue haciendo una sociedad de neuro-cirujanos y neurólogos, con poquísima actividad psiquiátrica.

No creo que puedan, ni deban "unificarse". En realidad los psiquiatras se hallan ya unificados, puesto que todos los especialistas —menos uno— pertenecen a la Asociación. La fusión de las sociedades creo que no traería sino un grave resultado: la

falta de identificación en los especialistas, base de una auténtica y honrada posición teórica y práctica.

MS. Los bioquímicos tienen que ver con los psiquiatras más que los neurólogos y neuro-cirujanos y, sin embargo, a ellos hasta ahora no se les ha ocurrido formar en el Perú una Sociedad de Bioquímica y Psiquiatría. ¿Por qué? Lo mismo puede decirse de los psicólogos, quienes incluso rechazarían la idea de formar una Sociedad de Psicología y Psiquiatría. No tengo nada contra los "neuros". Pienso, por ejemplo, que la actividad profesional de ellos se basa en ciencias más exactas que la nuestra. Eso para comenzar. Pero, aparte de cualquier razón coyuntural, ¿por qué ellos tienen que tenernos a nosotros como huéspedes, o viceversa, cuando a lo más debemos ser buenos vecinos?

AS. En varios países existen sociedades de Psiquiatría Biológica y hace poco se ha realizado, en Buenos Aires, un Congreso Internacional sobre el tema. El próximo tendrá lugar en Barcelona en agosto y setiembre de 1978. El progreso de la psicofarmacología ha hecho que muchos psiquiatras encuentren un camino distinto del de la psicodinamia, de la que los alejaba su formación y su vocación.

MS. ¿Y por qué antes proliferaba más el neuro-psiquiatra, esa especie de centauro profesional que se halla en vías de extinción?

AS. Creo que ello se explica por el momento histórico. En la época en la que "proliferaba más el neuro-psiquiatra", la psiquiatría, la verdadera psiquiatría —intento de *comprensión* del hombre— si había ya aparecido en Europa y los Estados Unidos, era casi desconocida en nuestros países. Se trataba de englobar los trastornos psiquiátricos con las alteraciones somáticas (era la manera más fácil de salir del insoluble problema). Se hablaba mucho, por ejemplo, de "distonía neuro-vegetativa" frente a cualquier neurosis. No había especialistas verdaderamente preparados como tales y los que sabían algo de neurología fungían de psiquiatras.

Con las conquistas modernas de la neuro-fisiología, la neuroquímica y la cibernética, están apareciendo nuevamente los "centauros" de la especialidad.

MS. Entonces, ¿qué hacer?

AS. Convivir con ellos, siempre que la psiquiatría sea la parte anterior...

MS. ¡Muy buena! Aunque siempre serán más neuro(que)psiquiatras. Uno de ellos, el italiano Ugo Cerletti, nació en 1877. Este año deberían haber celebrado en grande el centenario de su nacimiento, tanto los neuro-psiquiatras, por haber sido el mejor de su especie, como los psiquiatras-psiquiatras, por su gran aporte: la aplicación del *electroshock*, la reina de las armas en la psiquiatría institucional, desde 1935, hasta los años cincuenta en que comienza la era de la psicofarmacología.

¿Y en el camino de la psicofarmacología, al que usted se refiere, hasta dónde se podrá llegar?

AS. Nadie podría predecir hasta dónde se llegará en el camino de la psicofarmacología o, mejor, de la bioquímica del sistema nervioso. Creo, sin embargo (acaso hay en esa creencia un no querer renunciar a convicciones con fuerte base catatímica), que, a pesar de todos los adelantos de la química biológica y de la física biológica (la cibernética, hoy) o de la genética química (recordemos las maravillas del ácido desoxirribonucleico), siempre quedará algo del "misterio" del hombre que escape al laboratorio. Si fuera religioso, diría que es lo de Dios que todo hombre lleva adentro.

MS. Recordemos las maravillas del ácido desoxirribonucleico.

AS. ¡Tanto habría que decir del ADN! Se asegura que en él se halla la base química de la memoria y eso bastaría para pensar en las enormes perspectivas que se abren en el porvenir. Los sueños de ciencia-ficción parecen posibles: la transmisión de los conocimientos, el transplante de sabiduría, la supresión o alteración del pasado!

Pero eso no es nada si pensamos que en las dos famosas espirales y los eslabones que las unen reside el secreto de los genes; que, por acción sobre esos elementos —acción en parte ya realizada— pueden modificarse todos los caracteres del ser; que es posible determinar la aparición, la desaparición, el aumento o la disminución de los caracteres humanos fundamenta-

les. ¡En una palabra, que pueden crearse superhombres o monstruos a voluntad! La fantasía puede volar muy lejos, pero también el temor.

MS. Todo parecería menos fantástico si ahora usted relata lo que enseñaba a los alumnos de "San Fernando" sobre las experiencias hechas con gusanos, a propósito de "transplantes" de memoria.

AS. Usted se refiere a las primeras experiencias, que en aquel tiempo eran novedades, de transmitir "la memoria" mediante la incorporación de "alimentos". Se enseñó a cierta especie de gusanos, por medio del condicionamiento, y luego se los sacrificó y se les dio como comida a otros que nunca habían sido sometidos a preparación alguna, descubriéndose que estos últimos habían adquirido, comiéndose a sus sabios congéneres, la capacidad para responder como ellos. Esos experimentos se repitieron luego con ratas, pero ahora han sido ampliamente superados tratando de descubrir, no solamente la fisiología del hecho, sino su histología y su bioquímica.

MS. Si los hombres fuésemos como esos gusanos, los caníbales estarían en su garbanzal: ¿Que alguien no estudió para el examen? ¡A comerse al más chancón! ¿Que alguien quiere saber el secreto de otro? ¡A comérselo se ha dicho! ¿Que alguien ambiciona ser el mejor psiquiatra del Perú?...

Oiga, usted, ¿no es impresionante ese cuadro de Goya *Saturno devorando a sus Hijos*?

AS. Usted mismo sabe que sus preguntas tienen "pepa". En cuanto a la incorporación de algunas características individuales, ¿no cree usted que existiría el peligro, el terrible peligro, de ingerir, junto con lo poco bueno, mucho de malo?

En lo que se refiere a la última parte, nacida, evidentemente, como compensación del intento parrifágico (perdone el neologismo), ¿sabe usted por qué Saturno (o Cronos, si usamos el nombre original griego) se comía a sus hijos? La leyenda nos dice que su padre, Urano, agonizante, le profetizó que uno de sus hijos lo destruiría. Para evitarlo, se los comía. Lo hizo con Hestia, Deméter y Hera y Luego con Hades y Poseidón, pero Rea, la madre, lo impidió en el caso de Zeus, dándole a co-

mer una piedra vestida como el niño, mientras que éste era entregado a unas ninfas para que lo criaran. Cuando fue adulto, Zeus hizo vomitar a Cronos a todos los hijos que había tragado, entre ellos Poseidón y Hades. El trío encabezó una revuelta y, habiendo liberado a los cíclopes, vencieron a Cronos y lo confinaron en el Tártaro.

En mi libro en publicación señalo cómo el complejo de Edipo es muy anterior a Edipo y que la vertiente de la destrucción del padre por el hijo se remonta a las más antiguas leyendas pre-helénicas. Pero aun entre los griegos, ya Cronos había castrado a Uranos, su padre, y luego, el mismo Zeus, que es avisado de que un hijo suyo en la titana Metis lo destronaría, se tragó a Metis para impedirlo. El famoso complejo de Edipo tiene, pues, repercusiones que, a pesar de haber sido analizadas, dejan aún mucho campo a la especulación.

MS. Claro que tiene muchas repercusiones. Por ejemplo, en la vida de las instituciones siempre se sufre la hegemonía de un Saturno (Honorio Delgado en aquel tiempo), quien termina comiéndose a sus hijos, justo, para evitar que uno de ellos lo destruyera. También siempre hay un Zeus salvado por la madre ("¿será la psiquiatría, o la fama?"), etc...

¿No cree que algo de esa dinámica llevó a fundar la Asociación Psiquiátrica Peruana al "grupo de psiquiatras [que] sintió la necesidad de liberarse de esa hegemonía"?

Como todo en la vida es un círculo, mitad vicioso y mitad virtuoso, Zeus de antaño, hogaño es Saturno. De este modo, aquel intento parrifágico tiene más de una boca. Cuente cuántos psiquiatras jóvenes y cuántos que están dejando de serlo existen en el Perú y detectará la cantidad de bocas que tienen ganas de engullir al actual Saturno, con "pepa" y todo. ¡Allá los que no tienen *insight*!

¿No cree que ese es el meollo psicodinámico de aquel dicho: "Una generación es siempre desinfectante para la que le precede e infecciosa para la que le sigue"?

AS. Existe una reacción natural —llámela, si quiere, generacional— de superar a los padres. Alguien ha dicho, y con razón, que el hijo que no supera a su padre ha fracasado. Podría

añadirse que el padre que no es superado por su hijo, ha fracasado también. No debe, pues, asustarnos, considerándolo socialmente, el destino edípico. Nunca me ha asustado. La prueba está en que, siempre que he podido, he estimulado a los psiquiatras jóvenes para que ampliaran sus horizontes y buscaran nuevas perspectivas. Cuente usted cuántos, con ese estímulo, se perfeccionaron en el extranjero para volver a la patria a triunfar. A muchos de ellos pude conseguirles becas para que lo hicieran y todos recibieron mi franco estímulo.

Debo decir también que, en mi caso, no se ha manifestado aún el fenómeno edípico en sus últimas consecuencias: no creo que ninguno de mis hijos quiera matarme. En lo que se refiere al "saturnismo", si él hubiera funcionado, no habrían ahora en la psiquiatría peruana tantas primeras figuras que nacieron y mamaron en el Hospital Obrero.

En cuanto a la última parte, ¿por qué usar el léxico patológico —"infeccioso", "desinfectante"— y no decirlo de una manera más acorde con la normalidad del proceso?

MS. Yo no puedo enseñarle a mi maestro lo que de él aprendí. A lo más, lo que puedo hacer es recordarle lo que él me enseñó: en *todos* se da el fenómeno edípico (padres e hijos, psiquiatras y legos, famosos e "infames", fenomenólogos y psicodinámicos, arequipeños y trujillanos, etc.), con esta única diferencia: cómo *maneja* cada uno dicho fenómeno. Eso es lo que pasó y pasa con usted: maneja muy bien "su Edipo" y, quién sabe, la mayoría de sus discípulos hemos aprendido a manejar más o menos bien el nuestro.

En un balance de lo mucho que le debemos, eso, el buen manejo del fenómeno edípico, ocuparía un rubro importantísimo. Con la práctica diaria, la discusión permanente, la interpretación oportuna, la confrontación ocasional y, no pocas veces, con el humor, el grupo (su grupo) fue un grupo en el que no solamente se trabajaba, ¡se translaboraba!

Un ejemplo risueñamente negro: ¿recuerda la vez que estuvimos reunidos en el cafetín de Patiño, buena parte del grupo, y poco a poco se fue creando una atmósfera de caldeado edipismo —"pero todo de engaños, de candor, como fue"— en la

que la mayoría fantaseaba cómo iban a ser, cómo se iban a repartir los roles, qué actitud tendría cada uno en *los funerales del maestro*? ¡Y usted, al escucharnos —"amuchachado de trascendental desaliño"— se *moría* de risa!

Cuando lo cuento, no me lo quieren creer, que hasta esos extremos emocionales llegaba su manejo, nuestro manejo, edípico. Incluso en esta misma conversación hay (¿por qué no tendría que haber?) mucho de edipismo, creo, de ida y vuelta.

AS. Tiene usted toda la razón al afirmar que nadie escapa del Edipo y que todo depende de cómo cada uno lo maneja o lo resuelve. Recuerde que la normalidad está, precisamente, en que, pasada la etapa correspondiente, el individuo supera su Edipo, transformando el deseo de eliminar al padre en una cierta identificación con él. Si la evolución ha sido justa, eso es lo que ocurre, con beneficio para todos.

Recuerdo la anécdota a la que se refiere. Creo que empezó con una fantasía de uno de los "hijos" más cercanos y fue interesante ver cómo cada uno de los presentes añadía algún detalle al cortejo fúnebre. Para mí fue un episodio plenamente gratificante: señalaba lo cierto de las teorías que seguíamos; mostraba a cuántos había movido afectivamente la relación diaria; probaba claramente la ausencia del temor a un castigo; ofrecía la oportunidad, brillante, de translaborar el complejo y me permitía ver que yo no abrigaba miedo, ni resentimiento, ni deseo alguno de represalia. Si tantos finos espíritus estaban preocupados con mi muerte, quería decir que estaban preocupados con mi vida en relación con la de ellos. ¿Hay algo más satisfactorio para un maestro?

Que en la conversación que ahora sostenemos, Edipo muestra la cola creo que no puede dudarse. Lo malo es que teme por su cola.

MS. Acusando el golpe, no diré que ha dado usted en el clavo, por razones obviamente simbólicas. Recordaré, más bien, defensivamente, que el ave Fénix renacía de sus propias cenizas. Más adelante podríamos hablar sobre Edipo y su cola, y sobre Layo y sus contundencias. Ahora sigamos hablando del grupo.

El grupo, su grupo, "el grupo del Obrero", como suele ser reconocido por los otros, ¿cree que ahora existe, así, con una clara identidad?

AS. El grupo del Hospital Obrero se desenvolvió con la dinámica de todos los grupos. Llenó su papel en su momento y, pasado ese momento, se transformó en una influencia, que ya no es grupal, sino individual e inconsciente. Nadie se libra de lo que mamó.

En cuanto a lo que esa influencia signifique depende, no solamente de lo que el grupo fue y dio, sino, naturalmente, de lo que los componentes llevaron a él con su propia biografía. Cualquier licor, al diluirse en diferentes líquidos, tomará algunas de las características de éstos.

MS. Cuando usted dijo "nadie se libra de lo que mamó", al instante recordé a Melanie Klein. ¿Cuál cree que sea el aporte fundamental de doña Melanie? ¿Quiénes tienen actualmente la hegemonía del psicoanálisis, los freudianos o los kleinianos?

AS. Usted sabe que, en algunos ambientes, se jura y perjura por Melanie Klein (alguien dijo, humorísticamente, que los psicoanalistas bonaerenses no eran argentinos sino melanesios). Creo, sin embargo, que la mayoría de los teóricos y los practicantes siguen, en general, las líneas freudianas. Por supuesto que todo estudioso libre de prejuicios debe aprovechar de cualquier fuente lo que considera útil y fructífero. En ese sentido el aporte de Melanie Klein, como el aporte de todos los "disidentes" o "hijos rebeldes", puede y debe ser aprovechado.

MS. Otra asociación de ideas no tan insólita: cuando usted habló de "disidentes" o "hijos rebeldes", inmediatamente evoqué aquello de que "todos los dioses, a la manera de un superyó obsesivo, prometen protección con la condición de la sumisión". ¿Qué comentario le merece esta afirmación de Fénichel?

AS. Creo, más bien, que los hombres buscan la sumisión a los dioses y su protección, precisamente porque éstos son hechos a la imagen del padre.

MS. ¿Cree usted en Dios?

AS. No. No creo en Dios. Creo que el hombre es su propio dios y su propio demonio.

MS. ¿Cómo dejó de creer en Dios?

AS. Diría que no conocí a Dios, a aquel Dios postulado por los espíritus superiores. Como a todos nosotros, se me mostró a un Dios lejano, castigador, vengativo, prohibidor y asustante. Acaso el Dios del Viejo Testamento. Fui perdiendo la creencia en él poco o poco, a lo largo de una vida de reflexiones y lecturas.

MS. ¿Cómo son sus relaciones con el Dios del Nuevo Testamento?

AS. Mis relaciones con el Dios del Nuevo Testamento se basan en la creencia de que, pasada la etapa de la violencia y la venganza, Jesús trajo a nuestro mundo un nuevo mensaje. El Nuevo Testamento cambia el miedo por el amor, la condena por la comprensión. Repitiendo una forma de expresarme que ya he usado alguna vez, diría que sustituye el en-contra darwiniano por el encuentro franciscano.

MS. Según Freud, así como fueron nuestras relaciones con nuestro padre, así son nuestras relaciones con Dios. ¿Vale esto en su caso?

AS. Es muy posible. Sin embargo, yo no recuerdo a mi padre como vengativo ni castigador. Nunca me castigó corporalmente. Todo esto me trae a la mente a un amigo mío, auténtico católico, que me decía que todos estábamos equivocados al creer que hacemos a Dios a la imagen de nuestro padre, sino que lo que ocurre es precisamente lo contrario: todos llevamos a Dios dentro y tratamos de hacer a nuestro padre a su imagen y semejanza.

MS. Microanalizando sus últimas respuestas, puede deducirse que su padre fue lejano, prohibidor y asustante...

AS. No creo que la deducción sea justa. El Dios del Viejo Testamento que conocí en mi niñez, no fue a causa de mi padre, que no era religioso, sino de la educación en los colegios o el contacto con las viejas tías y las abuelas beatas. En todo caso, si fuera verdad lo que opinaba mi amigo, yo estaría tratando de identificar a mi padre, no con ese Dios, sino con el del Nuevo Testamento. Lo que yo recuerdo de él es, más bien, un acercamiento cálido y nutricio. Uno de esos recuerdos, que

se presenta en este momento, es el de la vez en la que escribí mi primer cuento. Tenía que ver con castillos y hombres "buenos" y "malos". Se lo leí a mi padre mientras paseábamos, conversando, en su escritorio, y él, tranquila y bonachonamente, me trajo a la realidad y me sugirió que escribiera sobre algo que tuviera que ver con mi propia experiencia.

MS. Yo sólo afirmaba eso basado en una simple deducción. Si arriba habla de "un Dios lejano, castigador, vengativo, prohibidor y asustante", y más abajo dice "no recuerdo a mi padre como vengativo ni castigador" sin mencionar a lo lejano, lo prohibidor y lo asustante; ergo...

AS. Varias veces he descrito a mi padre como un hombre cálido, lo que elimina lo de lejano o asustante. En cuanto a lo de castigador, le repito que nunca me castigó corporalmente. Sus castigos eran más bien limitaciones en mi libertad para jugar con mis amigos por un tiempo o una actitud menos cordial por unas horas.

MS. ¿Actitud menos cordial que le dolería más que mil palizas?

AS. Efectivamente.

MS. "No existe ningún buen padre, ésta es la norma. No hay que echar la culpa a los hombres sino al vínculo de la paternidad, que está podrido. Nada mejor que engendrar hijos; pero *tenerlos,* ¡qué iniquidad!"

¿Suscribiría esta aseveración de Sartre?

AS. Creo que Sartre, aparte de su indudable valor filosófico, tiene actitudes de *posseur,* trata de *épater le bourgeois.* No puede generalizarse de esa manera. La paternidad, no solamente es, por supuesto, necesaria, sino que es una fuente de satisfacciones incomparables, tanto para el hijo como para el padre. Así como éste forma a su hijo, el niño contribuye a la formación de su padre. Nadie es hombre completo si no ha tenido hijos. El argumento de que el vínculo de la paternidad está podrido y, por lo tanto, debe evitarse podría llevarse *ad absurdum* muy fácilmente: el vínculo de la amistad, el vínculo del amor, el vínculo de la fraternidad no son perfectos ni mucho menos. Los vínculos del hombre con la sociedad y de las sociedades

entre sí están podridos; ¿debemos suprimirlos todos? ¿O, siendo conscientes de sus defectos, tratar de mejorarlos?

MS. Justamente, la manera más efectiva de comenzar a mejorarlos es con esa actitud crítica de Sartre.

AS. La frase que usted cita de Sartre es rotundamente negativa. No da lugar al mejoramiento. Me entretengo muchas veces en usar una maniobra grata a los escolásticos: la *reductio ad absurdum*. Si hiciéramos caso a Sartre, la humanidad desaparecería en una generación... No me extrañaría que Sartre estuviera de acuerdo con ello.

MS. No sólo Sartre, sino todos los que están hartos de que las cosas sigan como están. Después de todo, Sartre es un niño de pecho al lado de quienes, más allá de arremeter contra el vínculo de la paternidad, pregonan incluso "la muerte de la familia".

AS. Una cosa es la desaparición de la paternidad –fenómeno biológico– y otra la desaparición de la familia –fenómeno social. Quizás le sorprenda que le manifieste que la familia "ha muerto" muchas veces en la historia... y sigue vivita y coleando. Lo que quiero decir es que la sociedad ha ensayado, en el curso de la evolución de las civilizaciones, muchas formas de familia y que cada una ha sido útil en el momento en el que funcionó. Cambiadas las circunstancias sociales o culturales, deben cambiar las instituciones y, entre ellas, la familia.

Sin referirme a formas extrañas, es muy fácil ver cómo la familia ha evolucionado, entre nosotros, en pocas décadas, hasta el extremo que poco puede parecerse una familia de comienzos del siglo a una actual. Y muy poco una familia de los estratos económicos altos a una de la "cultura de la pobreza". Y menos aún una familia de ciudad costeña a la perteneciente a una comunidad serrana o un caserío selvático.

Creo que la familia, tal como vivió hasta hace poco, está muriendo y será substituida por otro tipo más afín con las necesidades del momento cultural. Lo que sí parece cierto es que en ningún momento de su vida a lo largo de generaciones el hombre ha podido prescindir de alguna forma de institución fa-

miliar, lo que, por otra parte, se observa también en los animales superiores.

MS. ¿Y los *kibbutzim*? ¿Se puede llamar a su organización, organización familiar?

AS. En la obra tantas veces nombrada (*Amor, sexo y matrimonio*) me ocupo de los *kibbutzim* y, francamente, no me agrada, repetirme. Le diré, sin embargo, que los autores que han estudiado ese fenómeno, si bien no están de acuerdo en detalles, coinciden en que, si se trata de una familia, es una familia muy especial. Faltan algunos elementos que se han considerado fundamentales en la estructura familiar: la participación económica, la función educativa, la convivencia. Alguien ha dicho, por otra parte, que el *kibbutz* actúa como una gran familia para todos sus miembros.

MS. ¿Cómo se manifiesta el complejo de Edipo en un *kibbutz*?

AS. Precisamente, una de las ventajas que se atribuye a la organización de los *kibbutzim* es el evitar los problemas candentes de la relación entre padres e hijos. Por otra parte, ello creó otros en el sentido de la identificación. No me parece que pueda aún decirse la última palabra al respecto, a pesar de los varios trabajos escritos, especialmente los de Spiro.

MS. Edipo también trató de "evitar los problemas candentes de la relación entre padres e hijos" y... ya sabemos el resto. Alejarse de una orilla supone acercarse a otra.

AS. La existencia del Edipo ha sido, y es muy discutida. Me parece que estamos aún lejos de haber agotado los estudios que nos permitieran una respuesta definitiva, sobre todo en lo que se refiere a otras culturas. En la nuestra, es muy difícil negarlo.

MS. Aparte de la consabida resistencia a aceptar que amamos y odiamos a nuestros progenitores, según el planteamiento freudiano, ¿no cree que "la existencia del Edipo ha sido, y es muy discutida" debido a que su descubridor descuidó la consideración amplia y, sobre todo, sistemática del mismo?

AS. No lo creo. Freud llegó a decir que "las neurosis posteriores pueden ser muy bien la magnificación de un producto,

que se puede llamar una neurosis, de los años tardíos o intermedios de la infancia. En tal caso, debemos tener una visión clara de la fuente de las neurosis y debemos interpolar la "neurosis elemental" como un estadio intermediario entre el complejo nuclear [se refiere al complejo de Edipo] y la subsecuente neurosis severa". En otras palabras, en el fondo de toda neurosis se halla el susodicho complejo. La importancia que Freud daba al Edipo puede apreciarse en esta frase: "El reconocimiento del complejo [de Edipo] se ha convertido en el santo y seña que distingue a los partidarios del psicoanálisis de sus oponentes".

MS. No existe mejor ejemplo que el recién dicho sobre la enormísima importancia que el Edipo tenía para Freud. A pesar de eso, repito, éste jamás realizó una consideración amplia y sistemática del complejo de Edipo. Dicho de otra manera, si para Freud tal complejo constituía uno de los pilares de su doctrina, ¿no era como para que le dedicara por lo menos un libro? Ni siquiera lo consideró como materia central de un opúsculo. Más aún, en toda la obra de Freud, revisándola detenidamente, apenas se encuentra este subtítulo: "El final del Complejo de Edipo". ¿No es raro eso? ¿No es de lo más inquietante para quien quiera saber lo que Freud dijo sobre Edipo tener que leer toda la obra, la obra completa de Freud, que en toda ella se encuentra el asunto desperdigado en una multitud de muy breves consideraciones?

AS. Es verdad. En la única parte en la que puede hallarse una exposición, breve y sistemática, es en la "Introducción al Psicoanálisis".

MS. Cuando se realiza el estudio de una persona, al final siempre debería tratarse de inventar una fórmula que sintetice lo fundamental de su vida inconsciente: especie de *enigma particular* que dicha persona tendría que absolver ante "la esfinge preguntona". Por ejemplo, el *enigma particular* de Vargas Llosa sería éste: "¿Quién es aquel que se fue cuando hubiera estado bien que se quedara y regresó cuando ya no debía regresar"? El enigma de Vallejo diría más o menos así: "¿Quién es aquella que, de tanto amarte, te odió hasta impedir que salieras al

mundo y cada vez que salías, al regresar, te devoraba a punta de besos hasta hacerte llorar?"

Ahora estoy tratando de hacer el suyo. ¿Me podría ayudar? ¿Por qué no dejar estampado en este libro su *enigma particular* para que los psiquiatras del futuro traten de resolverlo, estableciéndose así otro puente intergeneracional? ¿Cuál es, pues, su enigma?

AS. ¿Qué es lo que debería imponerse y casi no existe, lo que inspira temor al más fuerte, lo que se canta y no se conoce, lo que encuentra, a veces, quien menos lo busca y lo que, quien más lo busca, no lo llega a encontrar?

colofón

Cuando Max Silva me propuso la conversación que es el meollo de este libro, no sabía que la idea hubiera tenido origen en una intención de homenaje y que debió haber sido algo así como una biografía. Como a Silva, no me entusiasman los homenajes fechados y, como él, desconfío de las biografías con intención de homenaje.

No creo que lo que el lector tiene ante sí sea ni una biografía ni un homenaje. No es lo primero, porque la biografía trata de relatar los acontecimientos de una vida desde el nacimiento —o antes de él— hasta la muerte y, de acuerdo con los existencialistas, un hombre deja solamente de "hacerse" cuando muere. Recién entonces cesa el constante e inevitable intercambio modificador del ser-en-el-mundo. Un homenaje, por otra parte, trata de resaltar lo "bueno" y de ignorar lo que la sociedad del momento considera reprobable. Estas conversaciones no pueden, pues, ser ni lo uno ni lo otro. Y es preferible así.

Que la vida continúa —y continuará— está claramente probado por el hecho de que no ha transcurrido mucho tiempo desde que terminamos la conversación y ya nuevos elementos podrían ser añadidos al contexto.

Así, espero que cada día y cada momento vayan enriqueciendo mi existencia, que no podrá hacerse biografía hasta el final.

Si estas *Conversaciones* no son ni homenaje, ni biografía, ¿qué son? Creo que valen más que la una y el otro. Presentan, no

acontecimientos, sino a un hombre tal como es, tal como piensa y tal como siente; con todas las fallas que la humanidad confiere a los seres humanos y las "virtudes" que los caracterizan. He sido sincero en todo lo que conscientemente me alcanza y estaría contento si constituyeran acaso un género literario del que Max Silva sería el iniciador: la antropografía.

Carlos Alberto Seguin

IMPRESO EN EL PERÚ
en los talleres de INDUSTRIAL*gráfica* S.A., chavín 45, lima 5,
en mayo de mil novecientos setenta y nueve
R. I. 5820

132
140

Carlos Alberto Seguin introdujo la medicina psicosomática en el Perú; organizó el primer servicio de psiquiatría que funcionó en un Hospital General peruano; fue el gestor y guía de una escuela psiquiátrica y el único que se atrevió a enfrentarse a Honorio Delgado, "el tótem de la psiquiatría peruana"; su prestigio de maestro es tal que muchos son los profesionales extranjeros que han venido hasta él en busca de una mejor formación; fue pionero de la dinámica y la psicoterapia de grupo e inició un movimiento para revalorar la medicina folklórica; es autor de un gran número de estudios y de libros que han sido traducidos al inglés, al alemán y a varios otros idiomas; es el único médico peruano que figura entre los autores de la monumental *Historia Universal de la Medicina;* ha recibido premios diversos y presidido en repetidas ocasiones entidades y congresos de su especialidad; es, en fin, una de las grandes figuras de la ciencia en el Perú.

Todo eso se sabe de Seguin. Pero, ¿*eso es* Seguin? El *currículum vitae* de los hombres famosos dice muy poco a casi nada del hombre esencial, el que verdaderamente interesa a quienes anhelan conocer qué hay, qué palpita, quién vive pellejo adentro. Así, esta conversación se propone como un buceo bajo la piel de una personalidad singular. Y es, al mismo tiempo, una profunda y urticante incisión en los sectores de la realidad que ha transitado y transita Carlos Alberto Seguin. Médico psiquiatra como él, Max Silva Tuesta, su interlocutor, es uno de sus discípulos más brillantes.

mosca azul editores

(En la tapa: Carlos Alberto Seguin, Lima, 1979. Foto de Mariella Agois).